

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE N°

494

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 11 juillet 1900, à 1 heure

PAR

Maurice PERRIER

Né à Alençon, le 3 janvier 1874

Ancien interne de Saint-Lazare (Concours 1898)

Ancien externe des hôpitaux

DU TRAITEMENT DES SALPINGITES

PAR

LA DILATATION

Associée à l'Irrigation et au Drainage de la Cavité utérine

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. RÉMY, professeur.

LEJARS et DELBET, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUBE & BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

494

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 11 juillet 1900, à 1 heure

PAR

Matrice **PERRIER**

Né à Alençon, le 3 janvier 1874

Ancien interne de Saint-Lazare (Concours 1898)

Ancien externe des hôpitaux

DU TRAITEMENT DES SALPINGITES

PAR

LA DILATATION

Associée à l'Irrigation et au Drainage de la Cavité utérine

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. RÉMY, professeur.

LEJARS et DELBET, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical

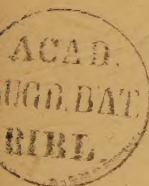
PARIS

JOUBE & BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1900



UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS

MM.

Anatomie	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL
Pathologie chirurgicale	DEBOVE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	TERRIER
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	LANDOUZY
Médecine légale	PROUST
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée	BRISAUD
	CHANTEMESSE
Clinique médicale	POTAIN
	JACCOUD
	HAYEM
	DIEULAFOY
	GRANCHER
Maladies de enfants	JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux	BERGER
Clinique chirurgicale	DUPLAY
	LEDENTU
	TILLAUD
Clinique ophtalmologique	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchement	BUDIN
	PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques

M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage d'affection et de reconnaissance.

À MES ET AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. LE BLOND

Médecin de Saint-Lazare
Chevalier de la Légion d'honneur
Officier de l'Instruction publique

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

Introduction

La question des indications du traitement médical indirect des salpingites est encore à l'heure actuelle très discutée ; si l'on est moins partisan qu'autrefois des interventions chirurgicales, certains gynécologistes les considèrent malgré tout comme indispensables dans des formes déterminées des lésions annexielles. Depuis les travaux de M. Pozzi et de ses élèves Riz Kallah et Cuellar, on admet que les salpingites catarrhales guérissent fort bien par l'antisepsie de la cavité utérine ; mais dans tous les autres cas, certains auteurs sont encore partisans absolus du traitement chirurgical.

Nous pensons qu'il ne faut pas adopter une règle aussi inflexible, et que dans de nombreux cas, l'antisepsie de la cavité utérine, de même qu'elle peut prévenir les lésions annexielles, lorsqu'elle est appliquée aux métrites sans complications du côté des trompes, peut aussi s'appliquer au traitement des salpingites qui accompagnent les lésions de la muqueuse utérine.

Le point délicat est de limiter ces indications respec-

tives du traitement chirurgical et du traitement médical indirect, c'est ce que M. le professeur Le Dentu (1) a fort bien vu lorsqu'il disait : « La thérapeutique des affections des annexes est étroitement solidaire de celle des affections de l'utérus, comme ces affections elles-mêmes sont solidaires de celles de la matrice.

« D'une façon générale, les grandes interventions chirurgicales doivent être réservées autant que possible pour les formes essentiellement chroniques ».

L'idée de ce travail revient à notre maître M. le Docteur Le Blond, dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne pendant deux ans; nous avons dans son service soigné de nombreux cas de métrites par la dilatation, les irrigations intra-utérines et le drainage. Sur son conseil nous avons appliqué cette méthode à quelques salpingites, et ce sont les bons résultats que nous avons obtenus, qui nous ont engagé à en faire le sujet de notre thèse.

Nous sommes doublement reconnaissant à M. le D^r Le Blond, et des connaissances gynécologiques que nous avons acquises grâce à lui pendant ces deux années, et des marques d'intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner.

Nos autres maîtres de Saint-Lazare, MM. les Docteurs Barthélemy, Julien, Le Pileur, Ozenne, Verchère et Wickham nous ont toujours témoigné une grande bien-

(1) Traitement des affections inflammatoires des annexes et de l'utérus. Gaz. des Hôp, février 1892.

veillance ; nous tenons à les en remercier ici et à les assurer que nous garderons toujours d'eux le meilleur souvenir.

M. le Dr Thibierge a bien voulu nous réserver un accueil bienveillant dès le début de nos études médicales, et nous marquer à plusieurs reprises l'intérêt qu'il nous portait ; nous tenons à l'assurer de toute notre reconnaissance.

Nos remerciements vont enfin à nos autres maîtres dans les Hôpitaux, MM. les Professeurs agrégés Delbet, Polaillon, Letulle et Bar ; MM. les Docteurs Huchard, Merklen et Queyrat, médecins des Hôpitaux ; M. le Docteur Desmoulins, chirurgien des Hôpitaux, M. le Docteur Tissier, accoucheur des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur Tillaux a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse, et nous le prions d'accepter ici le sincère et respectueux hommage de notre reconnaissance.



Historique

Il serait inexact de dire que la thérapeutique conservatrice des salpingites réside uniquement dans le traitement intra-utérin. Sans oublier Schroöder et Martin, MM. Pozzi, Schwartz, Tuffier, etc. qui par des méthodes différentes ont proposé de réparer les annexes malades au lieu de les supprimer, il nous faut encore citer une tentative aussi originale que hardie : nous voulons parler du cathétérisme des trompes, proposé dès 1849, par Tylor Smith, qui prétendit l'avoir pratiqué une fois avec succès.

Frankenhausen signala de nouveau ce procédé qui fut mis en pratique par Matthews Duncan, Hildebrand, Pistor, Lehmann, Zini, Bischoff, Knowsley, Thornton, Biddert, Gonner, Cittadini et Boursier.

La possibilité de ce cathétérisme a été niée par la plupart des auteurs, et en admettant même qu'il soit possible, il n'est pas prouvé qu'il soit suffisant pour amener la guérison.

M. P. Delbet condamne ce procédé lorsqu'il dit : « Ira-t-on suivre le canal étroit de la trompe, souvent irrè-

gulier, sinueux, et dont les parois peuvent être rendues friables par la maladie ? Il me semble que ce serait singulièrement s'exposer à déchirer les parois, et cela pour un résultat bien problématique (1).

Sans aller si loin, il était permis d'essayer d'agir par voisinage sur les lésions annexielles, soit en se proposant de supprimer la cause de ces lésions, c'est-à-dire la métrite, soit en provoquant l'évacuation des collections enkystées par un moyen détourné, soit enfin en combinant les deux procédés.

C'est Walton qui le premier préconisa cette méthode : il l'exposa dans deux mémoires successifs (2) et prétendit avoir obtenu l'évacuation de collections salpingiennes par l'utérus, grâce à la dilatation forcée et au curetage.

La base du traitement pour lui est la dilatation qui ne doit pas porter seulement sur le col, mais sur toute la cavité. « En dilatant la matrice, dit-il, on dilate l'orifice utérin de la trompe de Fallope (3) » ; Et il ajoute : « Ceci se démontre facilement : que l'on prenne une boule creuse en caoutchouc, ayant la forme de la matrice, avec un orifice représentant l'orifice du col, et deux pertuis en haut représentant l'orifice des trompes ; qu'on y introduise une vessie vide en caoutchouc, à mesure que l'on gonfle la vessie, la boule en caoutchouc se dilate ; en même temps

(1) Delbet. — Des suppurations pelviennes chez la femme.

(2) Walton. — Académie roy. de médecine de Bruxelles, 30 juillet et 30 décembre 1887. In mémoires couronnés, 1888, T. VIII.

(3) Loco citato. Walton.

on voit les pertuis représentant l'entrée des trompes s'agrandir ; il en est de même pour le trou simulant l'orifice du col. Il y a il est vrai, entre notre boule de caoutchouc et la matrice, cette grande différence, c'est que la force expansive venant à cesser, les parois en caoutchouc reprennent leur forme primitive, tandis qu'il n'en est pas de même de l'utérus ».

Walton reconnaît à la dilatation les avantages suivants :

1° La muqueuse est bien étalée et peut être mieux modifiée par les agents médicamenteux.

2° Elle permet la sortie des sécrétions utérines et l'emploi d'irrigations intra-utérines rendues inoffensives par le reflux assuré des liquides employés.

3° Elle provoque la dilatation des orifices tubaires.

Après la dilatation, Walton fait le curettage pour nettoyer la cavité utérine, puis le drainage avec un tube de caoutchouc conduisant les liquides de la matrice dans un flacon de sublimé placé entre les cuisses de la malade.

Il y a certainement d'autres différences entre la boule de caoutchouc et l'utérus, que celle que signale Walton ; et d'ailleurs ses observations ne sont pas très probantes. Le premier mémoire en contient 12, mais 4 seulement se rapportent à des pyosalpinx et les 8 autres sont des cas de pelvi péritonites puerpérales ; il faut encore citer une observation du 2° mémoire, mais on ne peut en tirer aucune conclusion.

Ces 4 observations sont celles portant les numéros V, VI, XI et XII.

Dans l'observation VI, évacuation du pus le 14^e jour

— V, — 15^e —

— XI et XII — 17^e —

En dehors des doutes que l'on peut avoir sur l'origine du pus, il faut remarquer que ces malades n'ont pas été suivies.

On a fait une autre objection à Walton en disant que la dilatation n'était pas la cause de l'écoulement du pus, puisque celui-ci se faisait quinze jours au minimum après la dilatation, c'est-à-dire, disait-on, au moment où l'utérus commence à revenir sur lui-même.

Mais on oublie que Walton drainait la cavité utérine avec un tube de caoutchouc qui suffisait à maintenir une certaine dilatation ; et pour nous, comme nous aurons l'occasion de le répéter plus loin, ce n'est pas tant le degré de la dilatation produite, que sa persistance qui provoque l'écoulement du pus.

Poulet (de Lyon) (1), et son élève Rolland (2) étudient à la même époque l'influence de la dilatation et du curettage utérin sur les métrites, paramétrites et déviations ; ils constatent les bons résultats obtenus dans certains cas, en les attribuant au curettage, mais sans insister sur les salpingites et se bornent à parler des applications de ce traitement aux paramétrites en général. Cependant il faut ajouter que l'une des observations publiées par Poulet se rapporte à une salpingite qui fut guérie.

* (1) Poulet. — Lyon médical, févr. et mars 1888.

(2) Rolland. — Th. de Lyon 1888,

M. Doléris après avoir étudié cette question présenta un long mémoire à la Société de Biologie, dans lequel il concluait : (1) « La dilatation de l'utérus avec des tentes, suivie du curage et du drainage, peut amener l'évacuation des collections aseptiques de la trompe. On ne doit donc pratiquer l'ablation des organes qu'après avoir essayé de ces moyens. »

Pour cet auteur, la dilatation joue le principal rôle, et il est utile de le citer textuellement à ce sujet : (2) « La dilatation du conduit utérin ramollit et amincit les parois de l'organe ; la portion intra-pariétale de l'oviducte se trouve raccourcie d'autant, et, au lieu d'un canal étroit à parois rigides, c'est à peine un court trajet annulaire qui sépare la cavité du kyste de la cavité de la matrice : d'où évacuation facile du contenu de la trompe.

Comme conséquence, M. Doléris rejetait la dilatation extemporanée, et conseillait la dilatation lente et progressive de la cavité utérine, à l'aide de tiges de laminaire. Il émet ensuite cette hypothèse que les substances antiseptiques dont l'éponge est imprégnée doivent pénétrer dans la cavité tubaire et agir favorablement sur la muqueuse.

Le curage et le drainage ne sont pratiquées que lorsque la tumeur pelvienne a totalement disparu.

Sur 11 cas : 4 succès complets ; dans 4 cas, amélioration notable ; dans 3 cas persistance de l'induration et de

(1) Doléris. — Société de Biologie, 21 décembre 1888.

(2) Idem.

l'épaississement de la trompe. Dans les cas où il y a eu un échec, l'ovaire surtout était atteint, soit d'ovarite syphilitique douloureuse, soit d'ovarite chronique scléreuse.

M. Doléris revint encore sur cette question en faisant une nouvelle communication à la Société obstétricale et gynécologique de Paris, communication dans laquelle il développait les théories qu'il avait émises l'année précédente, en même temps qu'il les confirmait par de nouvelles observations.

A partir de ce moment les travaux se multiplient sur ce sujet. Montprofit (1) reconnaît qu'en dilatant l'utérus, on peut provoquer l'écoulement du pus et amener la guérison des salpingites.

Chéron (2) conseille d'essayer la méthode de Walton avant de tenter une intervention chirurgicale. Gottschalk (3) cite aussi des guérisons obtenues par ce traitement.

Trélat (4) qui avait déjà étudié cette question à la Société de chirurgie en 1888, la donne comme sujet de thèse à deux de ses élèves, M^{lle} Filkenstein et Cantin, et s'y rallie complètement dans une clinique faite à la Charité en avril 1890 (Influence du traitement de la métrite sur les complications inflammatoires péri-utérines : lymphangites, salpingites, pelvi-péritonites). Il préconise l'emploi de la

(1) Montprofit. — Th. Paris, 1888.

(2) Chéron. — Des salpingo-ovarites. *Revue Méd. chir. des maladies des femmes*, 1889. Page 456.

(3) Gottschalk. *Deutsche medical zeit*, 1889. Page 251.

(4) Bulletin et Mém. Soc. chirurgie. 26 déc. 1888, p. 1035.

dilatation qu'il considère comme capitale, et la fait suivre du curage, de l'écouvillonnage, des irrigations et du drainage.

En 1890, Péan (1) lui aussi admet la dilatation dans les cas récents.

Ozenne (2) conseille également d'essayer la dilatation, le curage et le drainage : mais il ajoute que l'on rencontre assez souvent des obstacles, et qu'ils sont dus à l'imperméabilité de l'ostium utérinum, principalement dans les hémato et pyosalpinx.

Cependant l'accord n'était pas complet, et la méthode rencontrait encore des adversaires sérieux.

En 1890, au Congrès international de médecine de Berlin, alors que Doléris proclamait la nécessité d'une gynécologie conservatrice, et justifiait la méthode de Walton par une série de trente observations, Landau se montrait adversaire résolu de cette méthode qu'il jugeait insuffisante et dangereuse du fait de la dilatation.

L'année suivante, M. Terrillon écrivait (1) : « Je suis persuadé que cette méthode de traitement indirect par l'utérus ne repose que sur des hypothèses et nullement sur la réalité des faits. » Pour lui la dilatation aurait pour effet non pas d'assurer la perméabilité de l'orifice des trompes, mais bien au contraire d'aplatir les parois du canal tubaire et d'en oblitérer la lumière. De plus, ajoute-t-il : « la dila-

(1) Péan. Académie de médecine, juillet 1890.

(2) Ozenne. Arch. génér. de méd., mai-juin 1890.

(1) Terrillon. Salpingites et Ovarites. Paris, 1891, p. 155.

tation de la cavité utérine pratiquée avec une laminaire, quel qu'en soit le volume, ne porte nullement sur le fond de l'organe. » Enfin il considère comme très hypothétique l'évacuation du contenu d'une trompe.

M. Terrillon conclut de 12 cas dans lesquels il a appliqué ce traitement, que l'amélioration qu'il a constatée portait uniquement sur les troubles utérins, et qu'elle était une conséquence logique du traitement.

Ces conclusions furent d'abord infirmées par M. Pierre Delbet, qui pour contrôler les expériences de Walton, les répéta, comme nous le verrons plus loin, sur des pièces anatomiques fraîches.

En 1891, M. Bazy (1) admet l'influence de la dilatation et du curettage sur les lésions des annexes ; il reconnaît la nécessité de commencer par soigner la métrite qui est le point de départ des accidents, d'attendre pour voir l'influence qu'aura exercée cette thérapeutique, et de se comporter ensuite suivant les indications.

En 1892, Bonnet (2) reconnaît qu'il a constaté plusieurs fois la diminution rapide et même la disparition complète de tumeurs salpingiennes sous l'influence de la méthode de Walton. « Peut-être, dit-il, ne s'agissait-il que d'hydro salpinx ou d'infiltration paramétritique. Nous pensons que cette méthode appliquée prudemment à des cas favorables ; c'est-à-dire récents et sans complication de pelvi-péritonite ;

(1) Bazy. Arch. génér. de médecine, juillet 1891.

(2) Bonnet. Gaz. des Hôpitaux, 16 juillet 1892.

peut être utilement essayée, au moins comme traitement d'attente. »

M. le Professeur Le Dentu (1), parlant du traitement des affections inflammatoires des annexes de l'utérus dit : « j'ai acquis la conviction que la dilatation peut quelque fois agir efficacement sur l'état des trompes, à condition qu'elle soit prolongée pendant plusieurs jours et poussée aussi loin que possible. »

More Madden (2) déclare que, « abstraction faite des altérations malignes et d'autres processus dégénératifs des trompes, la cause immédiate la plus commune des productions kystiques dans les cas de salpingites chroniques, c'est l'obstruction mécanique de l'ostruium uterinum associée à l'une des anomalies suivantes de l'utérus : a) endométrite folliculaire chronique ; b) flexion ; c) hyperinvolution. A ces conditions correspondent successivement : a) la dilatation suivie de curettage ; b) le redressement de la flexion ; c) la faradisation. »

La méthode de Walton reçut enfin sa consécration quasi officielle au congrès de gynécologie de Bruxelles de 1892, où elle fut défendue par Labadie-Lagrave et Basset, et Walton. Celui-ci s'exprimait ainsi « Beaucoup de gynécologistes admettent que les salpingites légères peuvent disparaître à l'aide d'un traitement antiseptique et décongestif des premières voies génitales. Quand il y a hydro ou pyosalpingite, le désaccord surgit entre les chirurgiens. »

(1) Le Dentu, *Gaz. des Hôp.* 1892, 27 févr., p. 225.

(2) More Madden: *The. Dubl. J. of. med. Science*, janvier 1892, p. 18.

« D'abord est-il facile de faire le diagnostic de la qualité du liquide contenu dans les dilatations tubaires ? Il est très difficile de poser à coup sûr le diagnostic de pyosalpinx. Beaucoup de chirurgiens ne posent le diagnostic qu'après l'opération. Or comme beaucoup d'entre eux n'admettent la nécessité de la salpingectomie que dans les cas de pyosalpinx, il est bon de commencer le traitement par une méthode conservatrice qui peut guérir une femme atteinte de suppuration pelvienne, en lui conservant ses organes. »

La méthode que préconise Walton est : dilatation, curage et drainage ; mais il ajoute qu'il fait une irrigation intra-utérine tous les jours.

Enfin M. Segond, comme nous le verrons plus loin donnait son assentiment à cette méthode, au même congrès.

À partir de ce moment l'efficacité de la méthode n'est plus guère mise en doute ; on discute seulement sur deux points, son mode d'action que nous étudierons plus loin, et le manuel opératoire qui en est la conséquence.

M. Bonnaire (1) admet la possibilité de guérir les salpingites par un traitement intra-utérin et sa technique est décrite dans la thèse de son élève Rasquins (2).

MM. Labadie-Lagrave et Legueu (3) reconnaissent aussi l'efficacité de cette méthode et attribuent le rôle prépondérant à la dilatation et au drainage.

(1) Bonnaire, Sem. médicale, 31 août 1892, page 348.

(2) Rasquins. Th. Paris, 92, 93.

(3) In traité, 1898.

On peut considérer que l'accord est fait maintenant, sinon sur les détails, tout au moins sur le principe de la méthode de Walton ; et la conclusion qui s'impose est que dans le traitement indirect des collections annexielles, il y a deux points bien distincts à envisager : l'évacuation de la collection enkystée, et le traitement de la métrite concomitante. On peut différer sur les moyens à employer pour arriver à ces deux buts, mais il ne faut pas oublier qu'il y a un double objectif à poursuivre, la guérison de la salpingite et celle de la métrite, et que l'on s'exposerait à des désillusions en ne cherchant que l'un des deux résultats.

Tous les auteurs qui se sont occupés de cette question, ont bien vu que c'était là la véritable conception du traitement ; et tous les moyens proposés peuvent se résumer dans deux : la dilatation de la cavité utérine et son antiseptie.

Nous envisagerons plus loin quel est le rôle que les auteurs assignent aux différentes interventions qu'ils ont proposées dans le but d'obtenir ces deux résultats. Pour le moment peu nous importe que la dilatation ait pour but de provoquer l'écoulement du pus de la salpingite, ou de contribuer à la guérison de la métrite ; peu nous importe que le curettage soit employé ou non, et qu'il serve à désobstruer l'orifice des trompes, ou à assurer l'antiseptie de la cavité ; ce que nous voulons affirmer ici, c'est le principe de la méthode : provocation de l'écoulement du pus, guérison de la métrite.

Avant d'aborder le fonds même de notre sujet, c'est-à-

dire l'étude des moyens propres à assurer ces deux desiderata, nous avons pensé qu'il fallait au préalable justifier la méthode ; et pour cela il nous faudra montrer d'abord que l'anatomie pathologique ne s'oppose pas à cette conception du traitement, et que la théorie est confirmée par l'observation clinique et l'expérimentation.

Nous verrons ensuite de quelles objections est passible cette méthode et c'est sur ces objections et sur son mode d'action que nous nous baserons pour en tirer à la fois ses indications et son manuel opératoire.



Anatomie pathologique

Il est logique avant de tenter ce traitement de se demander si l'évacuation du pus par l'orifice utérin des trompes est possible, et si une modification anatomo-pathologique ne peut pas s'opposer à cette issue.

L'obstacle pourrait siéger sur le trajet de la trompe, ou au niveau de son orifice utérin ; il nous faut donc examiner les modifications que canal et orifice subissent du fait de la présence de la collection annexielle et de la métrite qui l'accompagne.

1° Etat des orifices de la trompe

Il est possible de voir les deux orifices de la trompe rester perméables ; on l'observe surtout dans les salpingites catarrhales, et dans les pyosalpinx à développement rapide sous l'influence de l'état puerpéral.

Dans ce cas le danger est imminent car le pus peut s'épancher dans la cavité abdominale et provoquer une péritonite.

Généralement l'orifice abdominal se ferme en même temps que se développe la salpingite. Cette oblitération peut se produire de plusieurs façons.

Quelquefois le processus adhésif se développe au niveau de la muqueuse de la trompe, à la partie la plus profonde de l'orifice, sans intéresser les franges du pavillon qui restent libres ; d'autres fois l'oblitération se produit plus en dehors et ce sont les franges qui sont intéressées ; leur surface péritonéale se replie en dedans, et s'adosse à elle-même ; le pavillon se trouve alors remplacé par une dépression.

Ailleurs, l'orifice abdominal de la trompe reste ouvert, mais l'inflammation se propageant au péritoine, il se produit une péritonite adhésive limitante.

Enfin l'ovaire suppuré peut communiquer avec la trompe malade, soit directement, soit par l'intermédiaire de fausses membranes.

2° *Orifice utérin*

Si en règle générale, l'orifice péritonéal de la trompe s'oblitére, il n'en est pas de même de l'orifice utérin ; sur 35 cas d'oblitération de l'orifice abdominal, Albert n'a noté que neuf fois l'oblitération de l'ostium utérinum.

M. Raymond (1) considère comme très rare l'oblitération de la lumière tubaire « car dans les 91 dernières salpin-

(1) Raymond. Th. de Paris, 1895.

gites examinées, il n'a pas une seule fois trouvé d'oblitération complète de l'oviducte, et s'il en a découvert auparavant, c'est dit-il, qu'il n'a pas su chercher cette lumière ».

Lorsque l'orifice n'est pas libre, cela tient à la tuméfaction de la muqueuse tubaire ; celle-ci sous l'influence de l'inflammation augmente de volume, et il se produit un engouement surtout dans la portion utérine de la trompe. Au niveau de l'ostium utérinum, les plis longitudinaux réduits à 3 ou 4, se renflent et s'emboîtent (1). Que l'inflammation disparaisse, la trompe sera de nouveau perméable. A. Doran a prouvé histologiquement cette espèce d'engouement tubaire par éperonnement de la muqueuse.

D'un autre côté, il est vrai, Lawson Tait (2) prétend que l'oblitération est presque constante, et il considère la pyosalpingite « comme le résultat d'une inflammation aiguë qui ferme les 2 ouvertures des trompes et convertit l'une d'elles ou les deux en abcès chroniques ».

3° *Etat de la paroi tubaire*

Quelque soit la forme de la salpingite, les divers éléments de la trompe sont altérés. Les plis de la muqueuse deviennent plus nombreux et s'hypertrophient en formant de véritables végétations ; l'épithélium d'abord desquamé est remplacé par des couches nouvelles et stratifiées, et le

(1) Pichevin. Soc. obst. et gyn. de Paris, 9 mai 1895.

(2) Lawson Tait. In *Traité des Maladies des femmes*.

tissu conjonctif de la muqueuse est congestionné et infiltré de leucocytes.

La musculuse est d'abord hypertrophiée par la formation de nouvelles cellules, mais celles-ci ne tardent pas à s'atrophier, étouffées par la prolifération conjonctive.

Les vaisseaux sont en même temps distendus et enflammés ; quelquefois même ils se rompent en produisant de petites hémorragies interstitielles.

L'inflammation de la paroi présente d'ailleurs des inégalités qui se traduisent par des coudures successives et des étranglements dans son trajet. Aussi l'aspect extérieur de la trompe est-il fort variable :

1° Tantôt elle est régulièrement dilatée et la dilatation commence à l'union du tiers interne avec le tiers moyen, et va en augmentant progressivement jusqu'au niveau de l'orifice abdominal oblitéré ou adhérent à l'ovaire ; mais dans ces cas même, elle peut présenter un aspect irrégulier, dû à des adhérences qui la coudent.

2° Ou bien elle est irrégulière ; elle présente des bosselures plus ou moins volumineuses, séparées par des rétrécissements. Plusieurs théories ont été émises pour expliquer cette irrégularité ; les uns (Ziegler et Farre) attribuent le rôle prépondérant au liquide, dont la pression inégalement répartie sur les parois, serait cause de ces bosselures ; les autres (Freund) prétendent qu'il faut voir là une différence dans la force de résistance de la paroi, différence due à une constitution préexistante de cette paroi, et liée à son développement.

En résumé la formation de collections enkystées des trompes par rétention du pus peut s'expliquer :

1° Soit par une lésion des parois portant sur la muqueuse ou sur la musculuse (1).

2° Soit par une modification portant sur la direction et la forme du canal tubaire et due.

a) A une torsion (2) ;

b) A des coudures et à des étranglements successifs.

4° *Du contenu de la trompe et de son évacuation spontanée.*

Etudions maintenant les conditions dans lesquelles se trouve le liquide contenu à l'intérieur des trompes (3). Il s'y trouve retenu par ce fait que les 2 orifices ne sont plus perméables ; a mesure qu'il augmente, sa pression grandit et il arrive un moment où il cherche à s'écouler en renversant l'obstacle qui lui est opposé. Or, l'orifice abdominal de la trompe est oblitéré d'une façon telle que l'écoulement de ce côté est impossible ; l'ostium utérinum au contraire est tantôt resté perméable, tantôt plus ou moins

(1) Schauta. — Arch. f. gyn. 1888. vol. 33, p. 26.

(2) Cas de Bland. Sutton. Surgical diseases of the ovaries and Fallopian tubes. London 1891, p. 521 — Cas de Delbet, Soc. Anat. Paris 1892, p. 330.

(3) Nous n'avons pas ici en vue la nature du liquide, peu nous importe pour le moment qu'il soit séreux, séro-sanguin ou purulent, et pour la commodité de la description nous nous servirons du mot pus, sans vouloir préjuger en rien de la nature de l'exsudat.

obstrué, et c'est par ce dernier que le pus aura le plus de tendances à s'écouler.

On ne peut pas dire en effet qu'il y ait à proprement parler oblitération de cet orifice ; il s'agit plutôt d'une obstruction plus ou moins passagère, due à de simples amas épithéliaux, où à l'accolement plus intime d'une muqueuse boursouflée sous l'influence de l'inflammation.

L'écoulement se fera d'une façon continue, si l'orifice est libre et d'une façon intermittente si ses parois sont accolées. C'est là un fait d'observation clinique indéniable qui a été noté depuis longtemps par les auteurs et que Froriep décrivait sous le nom « *d'hydrops tubæ profluens* ».

Nous avons recherché dans la littérature médicale les observations qui se rapportaient à ce phénomène, et nous avons pu en rassembler un certain nombre.

Becquerel (1) en cite trois cas, relatifs à des femmes d'un certain âge de la Salpêtrière.

Pryor (2) parlant d'une salpingite gauche dit qu'il a remarqué « un écoulement de pus par l'orifice externe de l'utérus, qui augmente quand on presse sur la trompe gauche ».

Frank en cite un cas intéressant rapporté par Bandl (3) : à la suite d'un traumatisme une femme fut atteinte d'une

(1) Becquerel. — Traité clinique des maladies de l'utérus, 1859 Tome II, Page 279.

(2) Pryor. — (New-York, méd. réc. 22 septembre 1883).

(3) Bandl. — Die Krankheiten der Tuben, Deutsche Chirurgie. Lief. 59, 1885.

tumeur volumineuse dans le bas ventre. A chaque période menstruelle il s'écoulait une abondante quantité de liquide aqueux clair. Les règles ayant cessé, il s'écoula encore chaque jour pendant 5 mois une livre du même liquide aqueux. A l'autopsie on trouva dans la trompe gauche 31 livres de liquide.

Scanzoni, Klobb et Heyfelder (1) rapportent 3 observations analogues et Kaltenbach* (2) une autre.

Haussman (3) en a également publié un cas. M. Routier (4) a rapporté de même quatre cas d'écoulement du pus par l'orifice externe de l'utérus. L'un d'eux (Soc. de Chirurgie, 12 octobre 1887) est particulièrement intéressant. On notait, dit-il, « un écoulement purulent se faisant par l'orifice externe et augmentant quand on exerçait une pression sur la tuméfaction située dans le flanc gauche ». Le diagnostic de tubo ovarite fut pleinement justifié par l'opération : laparotomie et extirpation des annexes.

Janvrin cite une malade qui, à trois reprises différentes, eut des écoulements de pus par le vagin, (Obs. 37) et chaque fois trois jours avant les règles.

Van der Weer rapporte une observation du même genre ainsi que M. Terrillon (5).

Ce fait est particulièrement intéressant et certain,

(1) In Bandl. Loco citato.

(2) Kaltenbach. — Arch. f. gyn. 1886, n° 20, page 228.

(3) Haussmann. — In thèse de Guernes, Paris, 1887.

(4) Routier. — Société de chirurgie, 26 juillet et 12 octobre 1887.
14 novembre 1888. Revue de chirurgie, avril 1889, p. 277.

(5) Terrillon. — Cliniques 1891, page 309,

lorsqu'à la suite de l'écoulement, on constate la diminution ou la disparition complète de la tumeur, tel est le cas cité par Bouilly, et les trois rapportés par Montprofit dans sa thèse (1).

De son côté, M. Bonnaire (2) a décrit ce phénomène dans un article de la Semaine Médicale et un de ses élèves M. Rasquins (3) en a cité dans sa thèse d'autres observations.

M. Le Dentu a rassemblé un certain nombre d'exemples de ce phénomène dans un article assez récent (4) :

« Premier cas. — Femme examinée plusieurs fois à l'hôpital Saint-Louis, en 1886 et 1887, chez qui j'avais reconnu dans le côté droit du bas-ventre, une tumeur fluctuante, ayant les dimensions d'une orange. Un jour, je constatai que la tumeur avait disparu ; la malade me raconta qu'elle s'était sentie très mouillée un des jours précédents. Pendant plusieurs mois après cette évacuation spontanée, la tumeur ne s'était pas reproduite.

Deuxième cas. — Malade présentant dans la partie latérale droite du bas-ventre une tumeur fluctuante du volume d'un œuf. Cette tumeur disparut pendant un séjour de la malade à Saint-Louis. La persistance de douleur rendit une opération nécessaire, laparotomie à Necker en 1891.

(1) Montprofit. — Th. Paris 1889.

(2) Bonnaire. — Semaine médicale, 31 août 1892.

(3) Rasquins. Th. Paris, 1892-93.

(4) Le Dentu, Gaz. des Hôp. 27 février 1892.

La trompe droite n'était pas distendue ; le liquide ne s'était donc pas reproduit ou du moins accumulé depuis l'évacuation qui datait de deux ans.

Troisième cas. — Malade soignée pour une métrite accompagnée de distension de la trompe droite ; celle-ci avait acquis la forme et les dimensions d'un petit fuseau, ayant, dans son milieu, environ 2 centimètres de diamètre transversal. Cette tuméfaction est disparue dans le cours du traitement et l'état de la malade est resté satisfaisant.

M. Le Dentu cite ensuite 4 cas d'évacuation de pus à la suite de la dilatation, dont deux avaient déjà été communiqués au congrès de chirurgie de 1891.

Pichevin (1) a observé avec M. Lyot un fait très net d'évacuation tubaire. L'utérus avait été enlevé avec les annexes, et on put constater le reflux du liquide purulent contenu dans les trompes.

Il cite encore une autre observation de salpingite double évacuée de la même façon.

Enfin Bouchard (2) dans sa thèse cite une observation très intéressante se rapportant à l'évacuation d'un hémato-salpinx par l'utérus : Il s'agit d'une malade de 36 ans, sans modification des règles qui présentait « sur le côté gauche de l'utérus, une tumeur plus grosse que le poing, fluctuante, accolée à l'utérus et oblitérant complètement le calibre du rectum :

(1) Pichevin. — Soc. d'obst. et de gyn. de Paris, 9 mai 1895.

(2) Bouchard Th. Paris, page 48.

Deux jours après son entrée, le 7 juin, expulsion de plusieurs gros caillots mêlés à du sang pur, à la suite de grandes douleurs que la malade compare aux coliques de l'accouchement. Cet écoulement continue jusqu'au 14 et la tumeur a presque complètement disparu, mais l'utérus est gros, déborde la symphyse et mesure 9 cent. 1/2 de cavité.

Le diagnostic de pyosalpinx est écarté, et on se rattache à l'idée d'une grossesse tubaire, avec évacuation dans l'utérus, malgré la continuation des règles et l'absence de modification du côté des seins.

Le 15 juin curetage. M. Le Blond retire des caillots et des fongosités, mais aucune trace de partie fœtale, ni de débris placentaires ; de sorte qu'on s'est rattaché au diagnostic d'hémato-salpinx évacué dans l'utérus. »

L'évacuation spontanée du pus peut se produire de deux façons : ou bien elle est absolument indolore, et la malade raconte qu'elle s'est simplement sentie mouillée un des jours précédents ; ou bien elle est précédée d'une période douloureuse sous la dépendance des contractions de la trompe qui distendue par le liquide qu'elle contient, cherche à l'expulser. Suivant le degré de perméabilité de l'orifice utérin, cette expulsion est plus ou moins facile, de là l'intensité variable de la douleur.

C'est à ce phénomène que Kaltenbach a donné le nom de colique salpingienne, tandis que Montprofit l'assimilait à la colique néphrétique ou hépatique ; en effet, la fin de la période douloureuse est marquée par l'expulsion d'une cer-

taine quantité de liquide, de même que l'issue du calcul met fin à la colique hépatique.

Il est donc certain que le kyste tubaire peut s'évacuer de lui même lorsque l'ostium uterinum n'est pas obstrué, et que l'évacuation peut encore se produire lorsqu'il n'y a pas une imperméabilité absolue de l'orifice, c'est-à-dire quand la pression du pus contenu dans la trompe est suffisante pour vaincre l'accolement de la muqueuse du à l'inflammation.

A plus forte raison si l'on assure la perméabilité de cet orifice, l'évacuation de la collection est elle plus probable encore.

Walton prétendait que la dilatation provoquait l'ouverture de l'ostium uterinum. M. Pierre Delbet (1) a contrôlé cette affirmation, et il a répété les expériences sur des pièces anatomiques fraîches.

Les premières ont porté sur des utérus avec annexes saines ; le col fut dilaté à la laminaire au point de permettre le passage du petit doigt ; mais il n'y eut aucune modification dans le calibre de l'ostium uterinum :

Dans une deuxième série, les expériences ont porté sur quatre trompes affectées de salpingite ;

1^{er} cas. — M. Delbet introduit une canule dans la trompe fendue, et pousse une injection vers la cavité utérine ; le liquide qui ne passe pas lorsque l'utérus n'est pas dilaté, passa dans un cas sur deux lorsque l'on eut fait la dilatation.

(1) Pierre Delbet, Des suppurations pelviennes.

2^e cas. — Il y avait deux collections, purulente à gauche, sanguine à droite. En exerçant des pressions sur les tumeurs, on ne fit rien passer dans l'utérus, tandis qu'après dilatation faite à la laminaire on put faire couler du pus par l'ostium uterinum, au moyen de pressions, et cela quotidiennement pendant cinq jours.

M. Delbet conclut (1) : « Je sais bien que ces expériences sont passibles d'objections. On peut dire qu'il s'agit de cadavres et non de vivants ; on peut dire aussi que c'est la putréfaction qui a désobstrué les orifices tubaires et non la dilatation ; je n'ai rien de décisif à répondre à ces objections ; mais je ne puis nier que j'ai été très frappé et très surpris par le résultat, pour moi tout-à-fait imprévu, de ces expériences. »

En résumé l'anatomie pathologique, la clinique, et l'expérimentation s'accordent pour permettre de croire à l'efficacité de la méthode de Walton.

(1) *Loco citato*.



Considérations au sujet du diagnostic des salpingites

Tous les auteurs sont d'accord sur les difficultés que l'on éprouve lorsqu'il faut faire un diagnostic entre les salpingo-ovarites d'une part, et les inflammations péri-utérines d'autre part.

M. Pozzi qui admet l'heureuse influence du traitement intra-utérin dans les cas de salpingites catarrhales, pense au contraire que les cas de collections tubaires guéries par la dilatation et le curettage sont autant d'erreurs de diagnostic, et qu'il s'agit simplement de cellulite pelvienne, de péri-salpingite séreuse (1).

M. Doléris (2) a signalé, lui aussi, les erreurs de diagnostic que l'on pouvait commettre à ce sujet, et leur simple énumération suffit à montrer les difficultés que le gynécologue rencontre, lorsqu'il veut déterminer la nature exacte et le siège d'une lésion du petit bassin.

Ce sont ses conclusions que nous résumons ici ;

(1) Pozzi. — In traité de gynécologie, p. 728.

(2) Doléris. — Quelques points du diagnostic différentiel de l'oophoro-salpingite, in Nouv. Arch. d'Obst. et de Gynéc. Août 1899, p. 355.

1° On a pu prendre pour des fibromes certaines salpingites à parois résistantes et régulièrement sphériques, ou de gros ovaires chroniquement enflammés ;

2° Certains kystes développés dans l'épaisseur de néo-membranes péri-utérines, en dehors des trompes et des ovaires ont pu être confondus avec des collections tubaires ;

3° Le diagnostic des kystes parovariques, c'est-à-dire des kystes à parois minces et à contenu aqueux, flottant à l'extrémité des franges du pavillon, est presque impossible ;

4° Les exsudats enkystés séreux, existant sous la membrane péritonéale qui recouvre le corps de la trompe, entre cette membrane et la couche musculaire, ressemblent aux collections tubaires ;

5° Il est très difficile de faire un diagnostic entre une salpingite et la péri-entérite adhésive du cul-de-sac de Douglas. Sous ce nom M. Doléris désigne la masse formée par plusieurs anses intestinales retenues captives dans le cul-de-sac postérieur du bassin, par des adhérences pseudo-membraneuses, susceptibles de donner naissance à des poussées exsudatives passagères, et formant des noyaux d'empâtement ; c'est ce qu'il décrit sous le nom d'entéro-cèle adhésive du petit bassin.

Il en cite une observation très probante.

Il n'entre pas dans le cadre de notre travail de discuter ces différents diagnostics, et nous nous rangeons à l'opinion de Blanc (1) et de Legueu (2) à savoir que l'on doit, en

(1) Blanc. Th. de Lyon.

(2) Legueu. In Traité.

règle générale, se baser sur la situation de l'organe occupant sa place habituelle dans le ligament large, — sur sa position plus ou moins élevée au-dessus des culs-de-sac, — sur sa forme allongée dans le sens transversal, et sur sa mobilité. D'ailleurs lorsque l'on a constaté l'existence de douleurs vives, expulsives, à intervalles variables, et s'accompagnant d'un écoulement séreux, purulent ou hémattique, par l'utérus, on est en droit de croire à l'existence d'une collection salpingienne.

Nous ne prétendons pas que le diagnostic sera certain dans tous les cas, mais ce qu'il faut reconnaître, c'est que s'il y a erreur, le mal sera moins grand en faisant de la thérapeutique intra-utérine, qu'en risquant une intervention chirurgicale qui comporte toujours avec elle certains dangers.



Des Indications du traitement médical indirect

Vouloir se baser sur un diagnostic précis des lésions annexielles, pour déterminer les indications du traitement indirect, serait s'exposer à de nombreux mécomptes, car, nous venons de le voir, la localisation exacte de ces lésions présente souvent des difficultés insurmontables.

Pour nous, deux considérations bien distinctes doivent surtout guider le médecin dans le choix de l'intervention ; c'est d'une part l'état général de la malade, et d'autre part son avenir.

Les indications cliniques du traitement ont été bien déterminées par M. Delbet (1). « Dans les cas de salpingites qui se vident par l'utérus spontanément, on doit avant de recourir à une autre intervention, chercher à obtenir l'aseptie de l'utérus.

« Dans les cas de pyosalpingites fermées, lorsque la tumeur n'est ni trop volumineuse, ni trop adhérente, lorsqu'il n'y a pas de péril immédiat (fièvre, symptômes de péritonite, ou péritonites antérieures) on est autorisé, s'il

(1) Delbet. — In traité des suppurations pelviennes.

reste quelque doute sur la nature du contenu, à essayer la méthode de traitement par la voie intra-utérine.

« Dans les autres cas, lorsqu'on fera la dilatation, le curettage et le drainage de l'utérus, dans le but de guérir une pyosalpingite, il faudra traiter l'utérus avec beaucoup de ménagements, et renoncer à l'abaissement qui pourrait déterminer la rupture de la trompe. »

Avant M. Delbet, Trélat (1) avait déjà dit : « Abstraction faite des cas d'urgence pour cause de volume, de rupture imminente ou effectuée, ou d'accidents fébriles renouvelés, quand une femme est atteinte à la fois d'endométrite et de salpingo-ovarite, il y a lieu de traiter l'endométrite et d'observer les résultats de ce traitement avant de recourir à l'extirpation des annexes. »

MM. Le Dentu, Terrillon et Segond donnent les mêmes indications.

Mais à côté de ces considérations, basées en grande partie sur la gravité de l'acte opératoire, il est d'autres raisons, d'un ordre différent il est vrai, mais tout aussi capitales ; il ne faut pas perdre de vue en effet la gravité morale de cet acte qui supprime un organe essentiel chez la femme et enlève dès lors toute possibilité de conception ; et non seulement la femme n'est plus apte à procréer, mais la castration détermine la plupart du temps chez elle des troubles incontestables, quelque fois passagers, mais sou-

(1) Trélat. — Soc. de chirurgie, 5 mars 1890.

vent durables, et dont la possibilité devrait toujours être présente à l'esprit de l'opérateur, lorsqu'il y a le moindre doute au sujet de l'opportunité d'une intervention chirurgicale.



Pourquoi le Curettage n'est pas indispensable

La plupart des gynécologistes qui ont adopté et préconisé la méthode de Walton, ont fait du curettage une condition nécessaire de réussite, tandis que quelques autres, de plus en plus nombreux aujourd'hui, rejettent le curettage qui non seulement présente des inconvénients graves, mais peut encore être remplacé par d'autres moyens, autant sinon plus efficaces.

Cette divergence dans les détails du manuel opératoire vient de ce que les auteurs ne sont pas d'accord sur le rôle du curettage.

Quand à nous, nous pensons que le curettage, loin d'être indispensable, doit être au contraire réservé à des cas bien déterminés et peu fréquents, car en regard d'avantages peu nombreux quoique réels, il présente des inconvénients beaucoup plus nombreux et plus graves.

Walton et les gynécologistes qui ont adopté sa méthode, prétendent que le curettage agit de 2 façons : en guérissant la métrite, et en désobstruant l'orifice des trompes.

Sur le premier point nous n'avons pas l'intention de

reproduire les discussions qui ont mis aux prises les partisans et les adversaires du curage, et nous nous contenterons de rappeler la discussion restée célèbre entre Pajot et M. Doléris, à la société obstétricale et gynécologique de Paris en juin 1888. Ce désaccord est la meilleure preuve que le curettage n'est pas infailible, et que dans de nombreux cas, on n'a pas obtenu la guérison que l'on était en droit d'espérer.

M. Reynier (1), parlant du traitement des endométrites par le curettage dit que sur 15 cas personnels il n'a obtenu que 6 guérisons persistantes, et que dans ces 6 cas, l'affection datait depuis peu, qu'elle avait succédé à un accouchement, et s'était développée chez des femmes jeunes et d'un tempérament vigoureux.

D'autre part M. Bouilly: parlant des abus du curettage a fort bien déterminé les conditions nécessaires à sa réussite (2). « Il réussit dit-il, dans les cas de métrites hémorrhagiques, quand l'écoulement sanguin est du à la présence de produits étrangers à la surface de la muqueuse, reliquats placentaires ou chorion, ou à la présence de produits septiques produisant de vrais phénomènes d'inflammation avec vascularisation extrême. Il échouera, ajoute-t-il, dans les gros utérus à mauvaise involution, à infiltration interstitielle, à mauvaise vascularisation, et à innervation troublée ».

Quand au deuxième point on peut le considérer comme

(1) Reynier. *Gaz. des Hôpitaux* 1893, p. 359.

(2) Bouilly. *Bulletin général de thérapeutique* 1895. p. 97.

une conséquence du premier, et alors il reste soumis aux mêmes objections ; ou bien on admet que c'est l'action mécanique du curettage qui désobstrue les orifices des trompes, et dans ce cas, l'on se trouve en présence d'une simple hypothèse très difficile à contrôler.

Comment être certain en effet que la curette n'a négligé aucune parcelle de la muqueuse utérine, surtout dans le voisinage des cornes de l'utérus, c'est-à-dire au niveau de l'ostium uterium. Quelque soit l'habileté et le savoir de l'opérateur, il n'est pas possible d'affirmer qu'il a complètement raclé la surface d'une cavité qu'il ne voit pas.

D'ailleurs les auteurs ne sont pas d'accord sur l'opportunité du curettage dans les métrites compliquées d'annexites. Longtemps le curettage a été contre-indiqué toutes les fois que l'on notait de l'inflammation dans la zone péri-utérine. Si aujourd'hui, l'accord n'est plus aussi unanime, l'ancienne opinion rencontre encore des défenseurs.

Chéron (1) contre-indique le curettage dans les cas d'inflammation aiguë et récente des annexes ou du tissu cellulaire utérin.

Desprésaux (2) et Huguenin (3) le contre-indiquent également dans les métrites accompagnées de lésions annexielles.

(1) Chéron. *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, 1886.

(2) Desprésaux. *Th. de Paris*, 1888.

(3) Huguenin. *Th. de Paris*, 1893.

M. Segond (1) considère le curettage comme dangereux quand il existe dans les lésions suppurées.

Par contre, M. Picqué (2) déclare que le curettage n'est pas contre-indiqué dans les métrites compliquées de lésions annexielles, et qu'il peut guérir ces dernières.

M. Potherat (3) est du même avis : lorsque la trompe est restée perméable et que son inflammation est récente, le curettage est indiqué, et presque toujours amènera la guérison.

Au Congrès international de gynécologie et d'obstétrique de Bruxelles (septembre 1892), M. Labadie-Lagrave déclare qu'il associe le curettage à la dilatation et au tamponnement dans les métrites compliquées de lésions annexielles. Il continue pendant trois semaines les lavages et le drainage que, du reste, il considère comme capital. Ajoutons que, dans son *Traité de gynécologie* (4), cet auteur reconnaît que, dans beaucoup de cas, le curettage n'est pas indispensable.

Enfin, il ne faut pas perdre de vue les accidents occasionnés par le curettage. Les examiner tous ici, nous entraînerait trop loin, et nous laisserons de côté les perforations, et les hémorrhagies, pour ne retenir que les cas d'annexites consécutives à un curettage.

(1) Segond. *Traité de chirurgie*, tome VIII.

(2) Picqué. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, février 1890.

(3) Potherat. *Idem*.

(4) Labadie-Lagrave et Legueu. *Traité médico-chirurgical de gynécologie*, p. 699.

Les observations en sont fréquentes ; dans sa thèse, Petzalis (1) en relate deux cas (observations I et II). De son côté, Willard (2) en rapporte une douzaine de cas. Citons encore les deux cas de Bouchard (3). (Voir observations V et VI).

Il n'entre pas dans notre pensée de conclure de cet exposé que le curettage n'a jamais amélioré une salpingite; ce que nous avons voulu montrer, c'est qu'il est peut-être imprudent d'user d'une méthode capable de produire par elle-même la lésion contre laquelle on la préconise, alors que d'autres moyens moins dangereux permettront d'obtenir aussi bien, sinon mieux, la guérison.

(1) Petzalis. Thèse de Paris, 1898.

(2) Willard. Thèse de Paris, 1897.

(3) Bouchard. Thèse de Paris, 1897.



Du Manuel opératoire et de son mode d'action

Suivant le rôle que l'on attribue aux différents moyens indirects préconisés dans le traitement des salpingites, on est porté à choisir certains de ces moyens à l'exclusion des autres. Nous venons de voir pourquoi nous avons éliminé le curettage, il nous reste à expliquer pourquoi nous avons choisi la dilatation associée aux irrigations intra-utérines et au drainage.

Parmi les nombreuses discussions soulevées par la méthode de Walton, une des plus intéressantes est celle qui porte sur son mode d'action. Tous les auteurs se sont accordés sur l'importance capitale de la dilatation, mais tandis que les uns pensaient qu'elle favorisait, singulièrement il est vrai, la guérison de la métrite, mais rien de plus, d'autres lui faisaient jouer un rôle plus important, et Walton suivi en cela par d'autres gynécologistes admettait que la dilatation de l'utérus provoquait celle de l'orifice des trompes.

M. Le Dentu (1) prétend qu'elle agit en provoquant

(1) Le Dentu. Gaz. des Hôp., 1892.

« le ramollissement de toute l'épaisseur de la paroi utérine, qui parti du col, gagne le corps entier, le fond et les angles, et fait cesser la rigidité et l'occlusion des orifices des trompes ».

Landau (1) admet que la dilatation agit en redressant l'utérus antéfléchi, et qu'elle permet ainsi l'évacuation de certains hydrosalpinx.

D'autres auteurs accordent le rôle prépondérant au curettage ; pour Poulet il agirait en désobstruant l'ostium uterinum. en même temps qu'il produirait une saignée locale et une sorte de révulsion ; enfin il ouvrirait largement les voies lymphatiques, et favoriserait ainsi la pénétration des substances antiseptiques jusqu'à la trompe.

D'autres enfin pensent que le drainage est le véritable agent de la guérison, — la présence d'un corps étranger dans la cavité utérine provoquant du côté des trompes des contractions, qui expulseraient le contenu des collections tubaires.

Nous pensons, pour notre part, qu'il faut être moins absolu, et ne pas attribuer à l'un seul des moyens précédents, un résultat qui est dû à leur réunion. Nous admettons que la dilatation favorise la guérison de la métrite en même temps qu'elle ramollit les parois de l'organe : que les irrigations intra-utérines jouent un rôle efficace contre l'inflammation de la muqueuse, et qu'elles constituent une sorte de massage de la paroi utérine qu'elles contribuent à

(1) Centralblatt gyn., 1892.

assouplir ; — et qu'enfin le drainage concourt à assurer l'antiseptie de la cavité et à en maintenir la dilatation.

Les trois moyens que nous proposons sont liés entre eux ; ils se complètent et l'action de l'un s'ajoute à celle des autres ; vouloir employer l'un d'eux à l'exclusion des deux autres serait s'exposer sinon à une échec, du moins à un résultat imparfait et incomplet.

Il nous reste à exposer notre manuel opératoire ; nous examinerons successivement la dilatation, les irrigations, et le drainage. Nous n'insisterons pas sur les détails préliminaires, tels que la toilette vulvaire et vaginale, et nous supposerons la femme sur la table à spéculum dans la position gynécologique ordinaire.



De la Dilatation

La dilatation constitue le premier temps de tout traitement intra-utérin, et elle doit précéder toutes les autres interventions sur la matrice.

Cette règle est considérée comme absolue par tous les gynécologistes qui l'imposent déjà dans le traitement des métrites, alors même que l'on ne pensait pas à appliquer la méthode intra-utérine au traitement des salpingites. Courty (1) parlant des injections intra-utérines dans le traitement des métrites recommande de commencer par dilater le col : « Avant-tout il faut que les ouvertures soient suffisamment grandes ou dilatées, de manière que le liquide puisse facilement sortir de l'utérus, quelque petite que soit la quantité injectée, et que les contractions réveillées par sa présence dans la matrice l'en expulsent aisément. »

Nous avons vu que la dilatation jouait un autre rôle dans le traitement des salpingites.

Il faut reconnaître du reste qu'elle n'a pas toujours été permise dans les cas de complications annexielles ; avant

(1) Courty. — In *maladies de l'utérus* p. 828.

Walton, elle était contre-indiquée toutes les fois qu'il y avait inflammation des annexes. En 1887 encore, Veper (1) dans sa thèse, cite encore comme contre-indication formelle à la dilatation, l'état inflammatoire des annexes.

Maintenant l'accord est fait et l'on ne discute plus sur l'opportunité de la dilatation ; son rôle seul n'est pas encore bien élucidé.

Il nous faut maintenant aborder l'étude de la dilatation elle-même. Deux cas peuvent se présenter : où bien l'on se trouve en présence d'un col gros à orifice entr'ouvert et cédant facilement au moindre effort pour y faire pénétrer un instrument, ou bien l'orifice du col est petit et ne permet pas l'introduction d'une sonde.

Dans le premier cas nous avons pensé que l'on pouvait employer de suite les sondes dilatatrices et irrigatrices et nous avons constaté du reste que la dilatation ainsi obtenue restait suffisante dans l'intervalle des interventions (obs. I).

Dans le deuxième cas, il faut auparavant faire la dilatation utérine. Nous éliminons tout d'abord la dilatation rapide, et nous choisissons la dilatation lente antiseptique.

Cette dilatation peut être obtenue par deux procédés différents :

1° Par l'introduction, dans la cavité utérine, en nombre croissant, de petits tampons inertes ; c'est la méthode préconisée par Vuillet (2) et que Bétrix (3) a fort bien décrite

(1) Veper. — Thèse de Paris, 1887.

(2) Vuillet. — Nouvelles archives d'obst. et de gyn. 1886.

(3) Bétrix. — Idem.

ainsi que Charpentier (1). Mais c'est surtout un moyen d'exploration inutile dans le cas présent, et appliqué par son auteur à l'endométrite, au fibrome et au cancer.

2° Par l'introduction dans la cavité utérine de corps dilatables sous l'influence de leur imbibition par les sécrétions utérines : c'est la méthode des tentes aseptiques. Les agents employés ordinairement sont la tige de laminaire ou l'éponge à la ficelle.

Les éponges sont généralement assez volumineuses, et on les emploie lorsque l'on veut faire une exploration digitale de la cavité utérine. Comme notre but est de produire une dilatation moyenne, nous avons choisi la laminaire que l'on obtient plus facilement en tiges fines.

Nous avons, en effet, la conviction que c'est la persistance de la dilatation, bien plus que le degré de celle-ci, qui provoque l'issue du pus des salpingites. Dans un grand nombre d'observations que nous avons examinées, nous avons remarqué que très souvent l'écoulement du pus ne se faisait que plusieurs jours après la dilatation même forcée, et alors qu'elle avait déjà diminué. Si donc c'était le degré de dilatation qui provoquait l'écoulement du pus, celui-ci devrait se faire au moment où la dilatation atteint son maximum, c'est-à-dire le premier jour, et non pas au bout de plusieurs jours, alors que le canal cervical a déjà commencé à se refermer.

Pour introduire une tige de laminaire, la malade est

(1) Charpentier. — Idem.
Perrier

mise dans la position gynécologique ordinaire; le spéculum introduit et la toilette vaginale faite, on procède au cathétérisme utérin pour se rendre compte de la longueur de la cavité et des déviations qui peuvent exister.

La laminaire est prise à l'aide d'une pince dans la solution d'éther iodoformé, puis introduite dans le canal cervical. Souvent la pénétration est un peu difficile, et il se produit une résistance, surtout au niveau de l'orifice interne, et l'utérus est repoussé par la tige. Il est nécessaire alors de saisir le col à l'aide d'une pince tire-balle, soit au niveau de l'une de ses deux commissures (celle de droite de préférence), soit au niveau de la lèvre supérieure; il est indispensable de retenir simplement le col, alors qu'il fuit sous la pression de la tige, et de ne pas chercher à l'abaisser, ce qui pourrait amener la rupture des collections salpingiennes. Cette fixation du col est d'ailleurs très peu douloureuse, et le saignement qui en résulte est minime, quelquefois nul.

Il est nécessaire d'introduire complètement la tige à l'intérieur de l'utérus; si elle a des tendances à être expulsée, il faudra la maintenir à l'aide de tampons placés sur le col. Lorsqu'elle est bien fixée, on place des tampons iodoformés dans le vagin, et la malade garde le repos au lit.

La dilatation est obtenue au bout de quinze à vingt heures; mais on peut laisser la tige quarante-huit heures sans inconvénients. Elle ne détermine aucun accident; si on observe bien les règles de l'antiseptie et de l'aseptie, on

ne note ni réaction, ni élévation de température, — elle est, de plus, très peu douloureuse.

Indépendamment de cette action purement mécanique, M. Doléris (1) admet que « la laminaire est non seulement un agent dilatateur, mais encore un véhicule parfaitement approprié au transport des substances dont elle est chargée.

La dilatation obtenue nous a toujours parue suffisante, et jamais nous n'avons eu besoin d'introduire une deuxième tige de laminaire. C'est au bout de 24 heures que nous enlevons la première, et que nous commençons les irrigations intra-utérines.

(1) Doléris. Nouvelles archives d'obst. et de gynécologie, 1887.



Des Irrigations intra-utérines

On a imputé aux injections intra-utérines de nombreux accidents, et il est indispensable avant d'en décrire la technique d'examiner les arguments que l'on a pu leur opposer.

Les accidents qu'elles ont pu causer ont été fort bien étudiés par Tarnier (1) et par Mangin (2), et ce sont en grande partie leurs conclusions que nous ferons nôtres. Ces accidents peuvent être rangés en quatre classes :

- | | |
|----------------|--------------------------|
| 1 ^o | Accidents de rétention |
| 2 ^o | — septiques |
| 3 ^o | — nerveux |
| 4 ^o | — dus à des traumatismes |

I. — Accidents de rétention

Lorsque le liquide injecté dans l'utérus ne trouve pas un écoulement facile, il peut se produire des phénomènes différents :

(1) Tarnier. De l'Asepsie et de l'Antiseptie en Obstétrique, page 657.

(2) Mangin. Nouv. arch. d'obst. et de gyn., 1887-88.

1^{re} L'un est l'intoxication par absorption lente du liquide antiseptique injecté, lorsqu'il est retenu dans la cavité utérine. C'est là un accident que personne ne peut contester, mais qui n'a aucune chance de se produire avec le manuel opératoire que nous employons, et grâce auquel le reflux du liquide est certain.

On a même dit que le liquide pouvait être absorbé pendant l'irrigation, surtout si celle-ci était lente et prolongée ; mais c'est un accident signalé seulement dans les suites de couches.

2^o Ou bien le liquide injecté ne trouvant pas un écoulement facile hors de l'utérus, pénètre dans le péritoine par les trompes. On en a cité de nombreux exemples, mais la plupart se rattachent à des irrigations faites à la suite de couches et d'avortements.

Cependant Mangin (1) prétend que ces accidents peuvent se présenter lorsqu'il y a fibrome ou salpingite. Il ne cite d'ailleurs que trois cas se rapportant à des fibromes et aucun à des salpingites.

Au reste dans les deux observations qu'il publie *in extenso*, on remarque une chose, c'est que le retour du liquide s'est trouvé empêché à un certain moment, et que c'est alors que se sont produits les accidents.

Nous avons jugé à propos de reproduire en les résumant ces 2 observations (2).

(1) Mangin. Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn., 1887, p. 551,

(2) Idem., p. 552,

OBSERVATION. I

Injection intra-utérine de sublimé au 1/2000 dans un utérus contenant une tumeur fibreuse ; passage du liquide par les trompes, dans le péritoine et intoxication mercurielle.

M^{me} M..., 44 ans, examinée par M. le docteur Doléris. Fibrome interstitiel de la paroi antérieure remontant jusqu'à l'ombilic.

Cathétérisme : 11 cent. 5. Hémorragies fréquentes ; hydrorrhée continuelle dans l'intervalle des hémorragies.

Traitement par l'électricité (courants de 150 milliampères). Séance de 5 minutes tous les quatre ou cinq jours.

Au bout d'un mois aucun résultat.

On se décide à faire des injections intra-utérines chaudes de sublimé au 1/2000 pour arrêter les hémorragies.

8 juin. — 1^{re} injection avec la sonde de Doléris.

Rien à noter.

10 juin. — 2^e injection avec la même sonde ; le récipient est à 1 m. 20 au dessus du plan du lit. Le retour du liquide se fait bien au début, puis s'arrête, les deux branches de la sonde s'étant rapprochées.

La malade se plaint de vives douleurs dans le bas-ventre ; tendance à la syncope, sueurs froides. On réintroduit la sonde pour évacuer le liquide, et il en sort une centaine de grammes.

Les douleurs n'en persistent pas moins jusqu'au 12 au soir, et elles furent accompagnées jusqu'au 27 de symptômes graves d'intoxication hydrargyrique.

Dans le courant du mois de juillet les injections furent reprises, et le reflux du liquide étant surveillé, on ne nota aucun accident.

OBSERVATION II (1)

Femme opérée d'un fibrome rétro-cervical. Comme il y avait de la suppuration et que la température atteignait 39° le soir, on fit chaque jour deux lavages intra-utérins avec une solution phéniquée à 2 0/0.

Un jour en faisant l'injection comme d'habitude, on remarqua qu'elle ne s'écoulait pas au dehors ; à ce moment la malade porta les mains à sa tête, poussa un cri, perdit connaissance, et fut prise de convulsions toniques des extrémités ; le visage était couvert d'une sueur froide, la respiration complètement arrêtée, revint peu à peu ; le pouls était petit, impossible à compter ; l'abdomen était ballonné, et *on y trouvait de la matité* à la percussion dans la région inguinale ; une demi heure après, la connaissance revint.

Mangin ajoute qu'il y a là de véritables symptômes de péritonisme dus à la présence d'une certaine quantité de liquide dans la cavité abdominale, présence dénotée par la matité de la région inguinale.

(1) Rheinstadter. — Deutsche med. Wochenschr, 1878.

M. Brun qui a cité également cette observation dans sa thèse d'agrégation ne voit là que de simples phénomènes d'ordre réflexe, dus à l'irritation brusque du sympathique abdominal.

Quelque soit le motif invoqué pour expliquer les accidents observés, on doit remarquer qu'ils ne se sont produits qu'à la suite du maintien du liquide dans la cavité utérine ; ce ne sont donc pas là deux observations susceptibles d'infirmier cette règle que lorsque le retour du liquide est assuré, il n'y a rien à craindre.

Ces données ont été vérifiées sur le cadavre : Vidal (1) expérimentant sur des utérus accompagnés des trompes a constaté que le liquide ne pénétrait dans les vaisseaux utérins, et dans les trompes que si on avait recours à une injection forcée.

Kennig (2) a fait des constatations absolument identiques.

Guichard (3) déclare que dans ses expériences faites sur des utérus avec annexes de femmes mortes récemment, l'injection n'avait jamais pénétré dans les trompes toutes les fois que la sonde introduite dans le col avait un calibre inférieur au calibre de ce dernier.

3° Pénétration directe dans la circulation par les sinus

(1) Essai sur un traitement méthodique de quelques maladies de la matrice par les injections intra-vaginales et intra-utérines, Paris 1840.

(2) Katarrh der inneren weiblichen Geschlechtheile, Leipzig, page 12.

(3) Guichard. — In thèse Pietrini. Montpellier, mars 1882.

veineux du liquide injecté. Cette pénétration dit Mangin (1) si elle a lieu en dehors de l'état puerpéral « doit être tout à fait exceptionnelle ; elle ne peut s'être produite qu'à la suite d'opérations ayant ouvert les vaisseaux à la surface interne de l'utérus, comme le curettage ou l'enlèvement d'une tumeur fibreuse. On pourrait cependant admettre la possibilité de cet accident pendant la période menstruelle. »

Kiemm a prouvé qu'à l'état de vacuité, sans qu'il existât de déchirure de la muqueuse, on pouvait par une injection forcée dans l'utérus, faire pénétrer trois fois sur dix-huit, le liquide jusque dans les veines de l'utérus et des ligaments larges.

Il est utile d'examiner leurs arguments, car nous en tirerons des indications précieuses pour le manuel opératoire.

Théoriquement pour que le liquide injecté pénètre dans les veines, il suffit que sa pression soit supérieure à celle du sang dans ces mêmes veines. D'après les physiologistes la tension du sang dans les veines, qui est très variable, ne dépasse pas cependant trois centimètres. En effet cette tension atteint 1 centim. 5 dans la veine brachiale, 1 centim. 2 dans la veine jugulaire, 2 à 2 centim. 3 dans la veine crurale, et, comme elle va en augmentant en se rapprochant des capillaires, on peut l'évaluer à 3 centimètres environ au niveau des sinus utérins.

Ces 3 centimètres de mercure équivalent à une colonne

(1) Mangin. — Loco citato.

d'eau de 40 centimètres ; donc il suffit pour que le liquide injecté passe dans le sinus, que le réservoir soit situé à 40 centimètres au dessus de l'utérus, et que cette pression se transmette intégralement, ce qui se produit lorsque le reflux ne se fait pas.

Et tout d'abord nous en tirons trois indications :

- 1° Assurer le reflux du liquide injecté ;
- 2° Ne pas placer le réservoir à plus de 40 centimètres environ au dessus du plan du lit ;
- 3° Pratiquer sur une muqueuse intacte ; c'est-à-dire pas de curettage préliminaire.

II. — Accidents septiques

Il suffit de respecter les règles de l'antiseptie et de l'aseptie pour les éviter ; et nous pensons qu'il est inutile d'insister sur ce point. Tout au plus, pourrait-on craindre le développement d'une pèrilonite septique à la suite d'une rétention forcée du liquide qui chasserait dans le pèritoine par les trompes, les matières septiques contenues dans l'utérus ou dans les trompes elles-mêmes ; d'où nécessité absolue d'assurer le reflux du liquide de l'irrigation.

III. — Accidents nerveux

On peut observer des réflexes nerveux plus ou moins intenses, par suite de la distension ou de l'excitation du

col : douleurs, grincements de dents, pleurs, malaises et même parfois tendance à la syncope. Ces phénomènes sont encore dus à des contractions douloureuses et spasmodiques de l'utérus, à du péritonisme : la cause doit en être cherchée dans l'irritation de l'utérus, soit par la canule qui a pénétré difficilement, et a forcé en quelque sorte l'orifice interne, soit par le choc ou seulement le contact du liquide de l'injection, soit encore par la distension de l'utérus produite par l'accumulation du liquide dans la cavité utérine, lorsque le col se resserre sur la canule et s'oppose au retour du liquide.

L'utérus peut encore réagir sous l'influence d'une injection trop irritante, et surtout sous l'influence de températures extrêmes, principalement du froid. Témoin les deux observations de Doléris et Budin (1).

En résumé les accidents nerveux peuvent effrayer momentanément le médecin, mais ils ne présentent aucune gravité, et disparaissent sans laisser de traces.

IV. — Accidents traumatiques

Ce sont les hémorrhagies et les perforations de l'utérus.

Les hémorrhagies sont dues à des lésions de la muqueuse utérine produites par le bec de la sonde ; elles ne sont jamais abondantes, et lorsqu'elles se produisent, il

(1) In Nouvelles Arch. d'obs. et de gyn. 1888, p. 57.

suffit pour les arrêter d'injecter dans l'utérus un liquide très chaud, et de faire un tamponnement à la gaze iodoformée.

Les perforations sont rares ; lorsqu'il n'y a pas de déviation utérine, elles ne doivent pas se produire si l'on agit avec douceur et lenteur.

Lorsque l'on pense que l'utérus n'est pas dans l'axe, il suffit de faire le cathétérisme pour être renseigné sur la direction à suivre. Au reste les instruments employés ont une extrémité mousse et arrondie, ce qui leur permet de glisser facilement sur la muqueuse ; de plus les parois de l'utérus présentent une certaine résistance qui ne peut être vaincue qu'en agissant avec une certaine violence.

Jasinski (1) rapporte cependant une observation de perforation de l'utérus produite pendant l'introduction d'une sonde intra-utérine. Mais dans ce cas la canule était venue buter contre l'orifice interne contracté, et l'opérateur encore inexpérimenté, ayant poussé la canule brusquement, son extrémité glissa au-dessous et en arrière de l'orifice interne, et traversa la paroi postérieure du col utérin, ainsi que le péritoine du cul-de-sac de Douglas.

Du manuel opératoire.

Des considérations précédentes il nous sera permis de tirer un certain nombre de conclusions qui nous guideront dans le choix du manuel opératoire :

(1) Jasinski, Th. Paris, 1889.

1° Il faut assurer le retour du liquide par la dilatation préalable ou le choix de la sonde qui sera à la fois dilatatrice et irrigatrice ;

2° Éviter toute percussion de l'utérus par un jet trop violent, et ne pas placer le réservoir à plus de 40 ou 50 centimètres au-dessus du plan du lit ;

3° Ne pas injecter d'air, et pour cela amorcer la sonde avant de l'introduire dans l'utérus ;

4° Introduire la sonde doucement après s'être renseigné sur la direction du canal utérin ;

5° Pratiquer sur une muqueuse intacte ;

6° Respecter les règles de l'antisepsie et de l'asepsie.

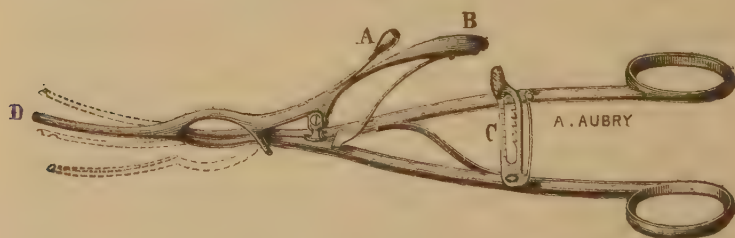
7° Si la malade a une affection rénale ou une susceptibilité très grande pour les sels de mercure, ne pas employer le sublimé.

Ces règles posées, nous allons décrire l'irrigation elle-même : la femme est placée sur la table à spéculum dans la position gynécologique ordinaire ; après une toilette minutieuse des organes génitaux externes, on introduit un spéculum ; il est indispensable de se servir d'un spéculum à larges valves pour pouvoir dans la suite y faire pénétrer les instruments dont on aura besoin. On nettoie ensuite le vagin, les culs-de-sacs et le col ; à l'aide d'une pince tire-balle on saisit le col au niveau de sa lèvre antérieure ou de la commissure droite ; cette pince sert à maintenir et non pas à abaisser l'utérus, nous avons vu plus haut pour quel motif ; puis on fait le cathétérisme.

Avant de procéder à cette opération, il faut s'assurer

par un examen très complet et un interrogatoire très minutieux que la femme n'est pas enceinte. On prend alors la sonde, reliée au réservoir par un tube de caoutchouc, on s'assure qu'elle n'est pas bouchée, et on l'introduit dans la cavité utérine, après avoir fait couler un peu de liquide pour la purger de l'air qu'elle renferme. Lorsque l'on a fait la dilatation préalable, l'introduction est très facile ; lorsqu'au contraire, on n'a pas fait cette dilatation, il faut agir avec une certaine prudence ; il est inutile de chercher à guider la sonde, il suffit de la pousser doucement ; elle suit les inflexions du canal cervical lorsqu'il y en a, et franchit facilement l'orifice interne. On écarte alors les branches de la sonde, et on laisse l'irrigation se faire pendant 5 à 10 minutes ; au bout de ce temps on retire la sonde et l'irrigation est terminée.

Il est bon de retirer la sonde avant que le liquide soit complètement écoulé, de façon à baigner les parties de la muqueuse utérine sur lesquelles appuyaient les branches



écartées, et qui par suite n'ont pas subi l'action du liquide.

Nous nous sommes toujours servi de la sonde de notre maître M. le Dr Le Blond : Elle se compose dans sa partie

essentielle de trois branches mobiles autour d'un pivot ; par une simple pression exercée sur les deux anneaux qui servent de poignées, on obtient l'écartement de ces trois branches, écartement qu'il est très facile de régler à l'aide de la crémaillère représentée en C.

Les trois branches dilatatrices, forment une tige cylindrique lorsque l'instrument est fermé, et elles présentent une courbure analogue à celle d'un hystéromètre.

La branche supérieure est cylindrique, creuse et percée à son extrémité libre d'un orifice (D). Elle se prolonge sur la tige (B) et finit par un renflement (A) destiné à recevoir le caoutchouc du récipient qui contient le liquide de l'irrigation.

Les deux branches inférieures concaves sur leur face interne, forment par leur réunion une rigole, dans laquelle vient se loger la convexité correspondante de la branche supérieure, ce qui diminue d'autant le volume de la sonde fermée.

En raison du petit volume de son bec, cette sonde entre facilement dans les utérus ; elle permet un reflux absolument certain des liquides, puisque le canal formé par l'écartement des trois branches présente un diamètre supérieur à celui de la colonne du liquide infecté. Enfin elle réunit dans un même instrument une sonde irrigatrice, et un dilateur dont l'action se fait sentir d'une façon régulière, progressive et réglable à volonté.

Nous nous sommes presque toujours servi comme liquide d'irrigation de la solution de sublimé au 1/4000. Cette

solution est suffisamment faible pour que l'on n'ait pas à craindre des phénomènes d'intoxication, et d'un autre côté, son pouvoir antiseptique est assez grand pour lui permettre d'agir efficacement sur la muqueuse utérine.

Nous avons employé dans un cas une solution iodée à 1 p. 1000 qui nous a donné de très bons résultats.

Nous ne pouvons mieux faire pour finir que de rappeler avec Tarnier (1) l'action antiseptique des irrigations intra-utérines : « Leur premier effet est d'entraîner au dehors par action purement mécanique, les liquides accumulés dans l'utérus. En outre elles ont une action antiseptique qui s'exerce à la surface interne de l'utérus ; il se peut même si l'injection est pratiquée avec un antiseptique diffusible, tel que l'iode, que cet agent antiseptique, en pénétrant dans l'épaisseur de la muqueuse, et dans la tunique musculaire étende son action microbicide jusque-là, c'est-à-dire très profondément. »

(1) Tarnier et Tissier. — De l'Asepsie et de l'Antiseptie en obstétrique, p. 693.



Du Drainage

Le drainage de l'utérus infecté n'est en somme qu'une application de la méthode générale du drainage des plaies imaginée par Chassaignac (1). Il n'est peut être pas indispensable dans le traitement des salpingites, puisqu'il y a des observations de guérisons sans drainage (voir observ. VIII) ; cependant, il est bien justifié par les considérations suivantes : il facilite la sortie hors de l'utérus des sécrétions pathologiques qui prennent naissance dans sa cavité ; il contribue à tarir ces sécrétions ; enfin il maintient la dilatation dans l'intervalle des séances.

Schwartz (2) le croit même indispensable et il le justifie par les considérations suivantes : « Les catarrhes purulents des organes creux, dit-il, semblables en cela à toute plaie chirurgicale ne tendent à la guérison que lorsque la sécrétion peut s'échapper librement au dehors, et la rapidité de leur disparition est dans un rapport étroit avec

(1) Chassaignac. — Traité pratique de la suppuration et du drainage. Paris, 1859.

(2) Schwartz. — Centralblatt für Gynækologie. Bärz 1883.

la facilité de leur écoulement. L'utérus dont la muqueuse est si fréquemment transformée en une large surface purulente, est dans ce cas. A la vérité, il présente une ouverture permanente offerte à l'échappement des liquides, mais qui bien souvent est insuffisante à débarrasser l'organe des produits de sécrétion. »

L'idée du drainage utérin appliqué au traitement des métrites est déjà ancienne, et elle a été préconisée par Greenlach, Coghlan, Wright, Schwarz de Halls, Wyhle, etc. mais tous ces auteurs, suivis en cela par la totalité des gynécologistes, défendaient le drainage dans les métrites compliquées de lésions annexielles et Reilhac (1) dans sa thèse, mentionne encore comme formelle cette contre-indication ; c'est Walton qui le premier songea à l'appliquer au traitement des salpingites. Il décrit ainsi le mode de drainage qu'il emploie lorsque le kyste tubaire s'est vidé dans l'utérus. « Du moment, dit-il (1), que l'on constate que le liquide contenu dans le kyste tubaire passe dans l'utérus, rien n'est plus facile que de placer un fort drain dans la cavité utérine, de faire plonger son extrémité libre dans un flacon d'eau sublimée au 1/1000 et d'enregistrer ainsi d'une façon mécanique la qualité et la quantité du pus qui s'écoule. Cette fermeture hydrostatique empêchera l'air extérieur de pénétrer dans la cavité de l'abcès. Le sublimé, dans lequel le pus tombe goutte à goutte, dé-

(1) Reilhac. — Thèse de Paris, 1886.

(2) Drainage de la cavité utérine en cas d'abcès pelvien. — Gand, 1888.

truit au fur et à mesure tous les organismes néfastes qu'il renferme, et qui autrement, pourraient se répandre dans l'air ambiant, et contaminer l'entourage. »

Les procédés préconisés pour assurer le drainage sont nombreux ; Lefour (1) (de Bordeaux), se sert « d'une tige en aluminium plein, de 5 millimètres de diamètre, et présentant sur sa surface, dans le sens de la longueur, quatre cannelures opposées deux à deux, et destinées à assurer l'écoulement du sang menstruel et des produits de sécrétion de l'organe. »

Chéron (2) de son côté préconise l'emploi de crins de Florence sous deux types : le drain en anse et le drain en érigne. Mais nous pensons qu'il ne faut pas l'employer seul et qu'il est nécessaire de lui associer la dilatation, car en l'absence de celle-ci il est susceptible de causer des accidents, et d'occasionner des poussées inflammatoires du côté des trompes. Bouchard (3) dans sa thèse en cite plusieurs cas (obs. XIII, XXXV, XXXVI, XXXVII.

M. Verchère (4), chirurgien de St-Lazare a imaginé un drain spécial présentant un renflement en forme d'aillette situé vers son tiers supérieur, ce qui servirait à le maintenir en place.

(1) Lefour. — Nouveau procédé de contention des tiges intra-utérines. Soc. obst. et gyn. de Paris, 1891.

(2) Chéron. — Gaz. des Hôpitaux. Oct. 1892.

(3) Bouchard. — Th. de Paris, 1897.

(4) Verchère. Congrès de Bruxelles, 1892.

M. Bonnaire (1) s'est également servi du drain de M. Verchère, et aussi de drains ordinaires en caoutchouc rouge, mais d'un calibre assez fort.

Tous ces tubes présentent des inconvénients communs : ils sont assez difficiles à mettre en place, et ils n'y restent pas toujours ; ils sont assez mal tolérés par l'utérus et provoquent des douleurs très désagréables ; enfin ils se bouchent assez facilement.

Aussi avons-nous adopté la gaze iodoformée à l'exemple de Fritsch (2) et de Doléris (3).

Nous avons laissé la malade au moment où l'irrigation est terminée, et la sonde retirée. On nettoie alors les culs-de-sacs de façon à les débarrasser du liquide qu'ils peuvent contenir, et on enlève les mucosités qui peuvent adhérer au col, puis on procède au drainage.

On prend des bandelettes de gaze de 50 centimètres de longueur environ et de 2 à 3 centimètres de largeur, et qui sont roulées. L'extrémité libre en est fixée sur un hystéromètre ou un autre instrument approprié à cette opération.

On introduit alors cette tige doucement en suivant la direction du canal cervical ; arrivé au fond de l'utérus, on retire la tige lentement et sur une petite longueur ; on la charge de nouveau de la gaze que l'on continue à intro-

(1) Bonnaire. *Semaine médicale*, 1892.

(2) Fritsch. *Deutsche Chirurgie*, 1885, livre 56, page 438.

(3) Doléris. *Journal de Médecine de Paris*, 1889.

duire peu à peu de façon à remplir la cavité utérine, puis la cavité cervicale.

Le point difficile est de savoir s'arrêter à temps pour éviter à la malade les douleurs trop vives que produisent un drainage trop serré ; tout en le faisant suffisant pour conserver la dilatation utérine.

On place ensuite un tampon de gaze iodoformée dans le vagin, on retire le spéculum et on laisse le tout en place pendant quarante-huit heures.

On a signalé à la suite de pansements répétés à l'iodoforme, quelques cas d'intoxication ; c'est ainsi que chez certains malades on a noté de l'anorexie accompagnée d'un goût d'iodoforme dans la bouche, de l'insomnie avec ou sans délire, de la dyspnée et des éruptions érythémateuses, et prurigineuses ; ce sont là du reste des cas très rares et König (1) qui en a rassemblé un certain nombre a remarqué que la plupart étaient consécutifs à des pansements faits avec plus de 10 grammes d'iodoforme (40, 50, 80 et même 100 grammes).

Nous pensons qu'il ne faut pas s'effrayer outre mesure de la possibilité de ces accidents et que les conclusions de Tarnier à ce sujet sont fort justes. « En résumé, dit-il, si l'iodoforme peut produire des intoxications, elles sont en général peu graves ; il est d'ailleurs facile de les éviter ou de les empêcher de devenir sérieuses, en observant attentivement les malades, en épiant pour ainsi dire l'apparition

(1) König. Centralblatt für chir. 1882 n° 7.

des accidents, et en suspendant aussitôt l'emploi de cet antiseptique. » (1)

Le seul inconvénient que l'on pourrait lui reprocher, serait son insolubilité dans l'eau et la glycérine, ce qui empêcherait de l'employer en solution et diminuerait son absorption. Mais cet inconvénient est plus apparent que réel, et « son emploi à l'état solide ne s'oppose pas à sa pénétration dans les tissus, puisqu'il est facilement absorbé, comme le démontre sa présence dans les urines, 10 à 12 heures après un premier pansement » (2).

(1) Tarnier et Tissier. De l'aseptie et de l'antiseptie en obstétrique.

(2) Bogdan, Thèse de Paris, 1885.



Résultats

Par cette méthode, telle que nous venons de la décrire, nous avons obtenu des résultats absolument certains ; les interventions sont répétées tous les deux jours, et il suffit d'une douzaine de séances pour arriver à la guérison de la métrite et à l'évacuation de la salpingite. Nous n'avons pas la prétention de croire cette méthode infaillible et unique ; pour nous, l'intérêt qu'elle présente réside uniquement dans la suppression du curettage, qui se trouve remplacé par de simples irrigations intra-utérines répétées tous les deux jours. Ces lavages ont d'ailleurs été expérimentés au point de vue curatif avant nous, mais on ne leur associait pas le drainage. C'est ainsi que Manfredi (1) a réuni dans sa thèse 48 cas de lésions annexielles traitées par les irrigations intra-utérines et dont les résultats se décomposent ainsi :

(1) Manfredi, Thèse de Paris, 1898.

Métrites avec lésions annexielles (48)

18 avec lésions annexielles légères :

14 résultats parfaits et durables.

4 résultats parfaits immédiats.

30 avec lésions annexielles plus prononcées :

11 améliorations notables.

6 améliorations légères.

11 résultats nuls.

2 cas n'ayant pas été suffisamment suivis.

D'autre part, Gesua (1), dans sa thèse, cite 45 cas de lésions annexielles dans lesquels on a employé les lavages intra-utérins. Il a noté :

Guérisons	12 cas.
Améliorations.....	27 —
Stationnaires	6 —

Peut-être les résultats incertains obtenus par cette méthode auraient-ils été modifiés dans un sens heureux par l'adjonction aux irrigations du drainage.

(1) Gesua, Thèse de Paris, 1899.



Observations

OBSERVATION I (Personnelle)

Endométrite. — Ecoulement purulent. — Salpingite gauche. — Irrigations sans dilatation préalable et drainage à la gaze iodoformé. — Guérison.

Aline T..., 23 ans, allumetière, entre à l'Infirmérie le 10 avril 1897, salle Sainte Eléonore.

Réglée à 16 ans irrégulièrement, pertes durant huit jours, peu abondantes, et assez douloureuses. Il y a environ un an, fausse-couche de cinq mois, que la malade attribue à une chute. Depuis elle présente des pertes très abondantes, tachant le linge en jaune. Elle se plaint de vives douleurs abdominales s'irradiant vers les reins et les cuisses ; pas de douleur à la miction, ni à la défécation.

Au toucher, on sent un col gros, présentant une surface irrégulière. En combinant le palper abdominal et le toucher, on délimite un utérus un peu volumineux et cette exploration est assez douloureuse. Le cul de sac droit est libre ; dans le cul de sac gauche, on sent une masse assez régulière ; du volume d'une petite mandarine, plutôt allongée, très mobile et fuyant sous le doigt.

Au speculum, on note un col gros, ulcéré à orifice entrouvert, et duquel sort un liquide purulent.

Traitement. — Le 14, irrigation intra-utérine avec sublimé à 1/4000. La sonde entre très facilement et le col se laisse dilater sans résistance. Drainage à la gaze iodoformée.

Dans l'après-midi qui suit, grandes douleurs. Le lendemain, rien. Les pertes ont augmenté.

5 séances successives tous les deux jours.

Le 24, les règles surviennent en avance de quelques jours.

Les séances sont reprises le 1^{er} mai et se continuent tous les 2 jours jusqu'au 19. A cette date, la malade ne ressent plus aucune douleur, les pertes ont disparu. La tumeur perçue dans le cul de sac gauche n'existe plus et on ne sent plus qu'un petit cordon dur et indolore.

La malade est encore à l'Infirmierie le 20 juin, et la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION II (Personnelle)

Endométrite. — Ecoulement purulent. — Salpingite gauche. — Dilatation. — Irrigation et drainage. — Guérison

H..., mariée, 47 ans, entre à l'Infirmierie le 15 mars, salle Sainte-Eléonore.

Rien de particulier dans les antécédents.

Réglée à 17 ans irrégulièrement ; la date des règles avance en général, et elles sont assez douloureuses. Pertes blanches dans

l'intervalle. Quatre accouchements à vingt-deux, vingt-sept trente et trente-sept ans ; tous les quatre normaux.

Depuis le dernier, elle ressent d'assez vives douleurs dans le bas ventre. Ces douleurs s'irradient vers les cuisses et les lombes. Elles sont exagérées par la palpation.

Au toucher, col gros à surface irrégulière ; utérus de volume sensiblement normal et douloureux. Cul-de-sac droit libre, dans le cul-de-sac gauche, tumeur irrégulière dure, grosse comme un œuf.

Au spéculum. Col gros, avec ulcérations et ectropion de la lèvre supérieure.

Écoulement muco-purulent.

Traitement. — Le 18 et 19, grandes injections vaginales. Tige de laminaire.

Le 21, le col étant bien dilaté, irrigation avec une solution iodée à 1 p. 1000, puis drainage à la gaze iodoformée.

Séances tous les deux jours ; les quatre premières sont assez douloureuses ; au bout de ce temps la malade les supporte bien et on constate la diminution des douleurs et des pertes.

A la suite de la 8^e séance, écoulement de pus assez abondant et les jours suivants on constate que la tumeur annexielle a manifestement diminué de volume.

Total des séances 12. Résultat : L'exploration de toute la zone génitale ne réveille plus aucune douleur. La salpingite a disparu, le col a repris son aspect normal et l'écoulement n'existe plus.

La malade sort au bout de huit jours.

OBSERVATION III (Personnelle)

Endométrite. — Ecoulement purulent. — Salpingite droite. — Irrigations sans dilatation préalable et drainage. — Guérison.

Marie R..., 21 ans, entre le 15 mars salle Sainte-Eléonore.

Réglée à 16 ans d'une façon irrégulière et abondante ; les règles durent six jours et sont assez douloureuses.

Syphilis datant d'un an.

Accouche le 22 février à 8 mois et demi d'un enfant mort-né.

Elle accouche seule et se délivre elle-même.

Depuis, elle a toujours perdu en jaune ; elle ressent dans le ventre des douleurs très violentes ; la miction n'est pas douloureuse. Au toucher, col gros, ramolli.

Palpation abdominale douloureuse. A droite tumeur du volume d'une mandarine, assez mobile et douloureuse. A gauche rien.

Au spéculum col gros, ulcéré, ectropionné. Ecoulement jaune verdâtre, peu filant que l'on fait soudre facilement en pressant le col entre les deux valves du spéculum.

L'état général est assez bon. Après quelques jours de repos, pendant lesquels on se contente de donner des injections vaginales la malade est mise en traitement.

Traitement. — Le 16 mars, irrigation intra-utérine avec sublimé au 1/4000. La sonde entre facilement.

Drainage à la gaze iodoformée.

Interventions renouvelées tous les 2 jours jusqu'au 24 mars. Les pertes qui avaient diminué progressivement se montrent brusquement plus abondantes pendant deux jours et sont accompagnés de douleurs assez vives.

Interventions reprises tous les 2 jours jusqu'au 17 avril.

A cette date, les douleurs ont disparu ; il n'y a plus de pertes ; la tumeur n'existe plus, on constate seulement que le cul-de-sac droit est moins souple que celui de gauche.

La malade quitte l'infirmérie à la fin du mois et la guérison se maintient.

OBSERVATION IV (Personnelle)

Métrite chronique. — Salpingite gauche. — Dilatation. —
Irrigation. — Drainage. — Guérison

M... Berthe, brocheuse, 25 ans, entre le 10 octobre salle Sainte-Eléonore.

Réglée à 15 ans irrégulièrement et sans douleurs. Blennorrhagie à 16 ans. Depuis douleurs dans le bas-ventre ; règles irrégulières, et dans l'intervalle leucorrhée abondante. Fausse-couche de 6 semaines il y a 3 mois. Depuis les douleurs et les pertes ont augmenté.

Examen. — Col gros, utérus un peu gros et douloureux. Dans le cul-de-sac gauche, tumeur assez mobile de la grosseur d'une mandarine. Rien à droite.

Au spéculum. — Col gros ; écoulement purulent par son orifice.

Cathétérisme : 7 cent.

Traitement. — Tige de laminaire le 11 pendant 24 h.

Le 12. — Irrigation intra-utérine avec sublimé au 1/400. Drainage à la gaze iodoformée. Dans la nuit et la journée qui suivent douleurs assez vives, attribuées à ce fait que le drainage était très serré.

Le 14. — Drainage moins serré. Les pertes sont plus abondantes et restent stationnaires jusqu'au 18. A partir de cette date elles diminuent.

Les séances sont répétées tous les deux jours jusqu'au 6 novembre. A cette date il n'y a plus ni pertes ni douleurs, et la tumeur que l'on percevait à gauche n'existe plus. La malade sort de l'infirmerie le 15 décembre. La guérison s'est maintenue.

OBSERVATION V (In Thèse Bouchard).

Endométrite hémorragique. — Curettage. — Revue 1 mois et 1/2 après l'opération ; salpingite droite. Drainage à la gaze iodoformée pendant 3 semaines. — Amélioration de la salpingite.

Anna..., 42 ans, curettée dans le service de M. le Dr Le Blond le 7 octobre 1897, pour endométrite hémorragique, avec leucorrhée dans l'intervalle des ménorrhagies, revient dans le service le 25 novembre 1897.

Elle souffre dans le bas-ventre et les jambes, dans l'intervalle des règles et à la moindre fatigue. Les règles durent 4 à 5 jours, sont douloureuses, et dans l'intervalle il y a une leucorrhée abondante.

Examen. — Col utérin dévié à droite, ectropionné. Utérus

gros, un peu douloureux en antéflexion et latéroverson. Cathétérisme : 7 cent. 5 ; peu mobile.

Annexes. — A droite par le toucher et le palper, on sent une tumeur irrégulière, dure, de la grosseur d'une mandarine. Rien à gauche. Écoulement purulent par l'orifice du col.

Traitement. — Tige de laminaire 3 décembre, muco-pus abondant. Le 4 décembre irrigation intra-utérine avec sublimé à 1/4000. Drainage à la gaze iodoformée imbibée de teinture d'iode. Tous les 2 jours jusqu'au 25 décembre.

Quitte l'infirmerie. Plus d'écoulement par le col ; la salpingite a manifestement diminué de volume, et paraît réduite de moitié. Elle est à peine douloureuse à la palpation.

OBSERVATION VI (In Thèse de Bouchard)

Salpingite survenue à la suite d'un curettage, guérie par 25 jours de drainage, presque complètement.

G... Henriette, 24 ans. Entre dans le service de M. le Dr Le Blond le 27 mars 1896.

Réglée à 14 ans régulièrement. Secundipare. Au commencement de septembre 1894, accouchement prématuré à 6 mois suivie d'infection et de curettage. Depuis cette époque, métrorrhagies à peu près continuelles.

Examen. — Vulvite. Vaginite. Col gros, mou, ectropionné. Utérus mobile, dans l'axe, un peu douloureux à la pression. Cathétérisme : 7 cent. 8, douloureux, fait saigner la muqueuse.

Annexes saines.

Traitement. — Tampons de glycérine iodoformée pendant 25 jours jusqu'à disparition de la vaginite.

Les hémorragies persistant, le curettage est pratiqué le 22 avril 96 sous l'éthérisation, dilatation extemporanée avec les bougies d'Hégar. Drainage à la gaze iodoformée après le curettage.

Dès le lendemain de l'opération, malgré notre défense expresse, la malade se lève et est prise dans la soirée de douleurs vives dans le côté droit du bas ventre, avec frissons et 38°5 de fièvre.

25 avril. — Par le toucher combiné au palper, on sent à droite de l'utérus, une tumeur, de la grosseur d'une orange, peu mobile, douloureuse, et distincte de l'utérus. Rien à gauche.

Traitement. — Repos au lit et injections vaginales chaudes plusieurs fois par jour, pendant 3 semaines. Diminution des phénomènes douloureux, mais collection dans le même état.

15 mai. — Dilatation à la laminaire. Lavage au sublimé et drainage à la gaze iodoformée ; tous les 2 jours.

4 juin. — La collection salpingienne a presque complètement disparu : la palpation est encore un peu douloureuse. Il y a eu dans le cours du drainage plusieurs évacuations de pus par l'utérus qui succédaient à des coliques très douloureuses.

OBSERVATION VII (Résumée)

(Publiée in thèse de Rasquins).

Métrite aiguë. — Salpingite gauche. — Guérison.

Angeline L. . , 18 ans, accouchée il y a 9 mois, souffre de-

puis 5 mois dans le côté gauche du ventre. Règles régulières. Pertes blanches.

Entre le 12 septembre 1892 à l'hôpital.

Examen. — Utérus gros, douloureux, mobile, col granuleux, culs de sacs latéraux douloureux. Ovaire gauche prolabé. Trompe gauche du volume d'un œuf de poule.

Traitement. — 19 septembre. Tige de laminaire, 2 jours de suite, jusqu'au n° 22. Nausées d'origine réflexe.

22 septembre. — Gros tube à drainage. Injection intra-utérine. Gaze iodoformée dans le vagin. Injection intra-utérine tous les 2 jours. Le tube a glissé plusieurs fois dans le vagin. Ecoulement purulent très peu abondant jusqu'au 13 octobre. A ce moment, il n'y a plus d'écoulement. La trompe a retrouvé son volume normal. Tube retiré.

OBSERVATION VIII

(In thèse Gesua. Paris 1899)

Mérite chronique avec salpingite droite.

Eugénie R . . , 26 ans, tapissière. Régée à 16 ans et depuis régulièrement.

Il y a 10 mois, incision du cul de sac postérieur pour hémato-cèle. Depuis quelques mois elle souffre de douleurs abdominales localisées surtout à droite, des pertes blanches sont survenues et elle se présente à l'hôpital le 7 novembre 1897.

Perrier

Examen physique. — Utérus en place et très mobile. On sent les annexes du côté droit volumineuses. On les sent un peu à gauche, col gros rouge, laissant échapper un suintement purulent. La cavité utérine mesure 6 cent. 1/2.

Traitement. — Dilatation et lavages intra-utérins, 3 fois par semaine pendant un mois et demi.

Résultat. — Elle quitte l'hôpital le 27 février. Elle n'a plus de pertes ; elle ne souffre plus. La masse latérale droite a complètement disparu, et le col a repris son aspect normal.



Conclusions

1° Le traitement intra-utérin est susceptible non seulement d'améliorer, mais de guérir les salpingites.

2° La dilatation combinée aux irrigations intra-utérines et au drainage, constitue un des modes opératoires les plus efficaces et les moins dangereux dans leur application.

3° Ce traitement devra être essayé avant toute intervention chirurgicale, non seulement dans les salpingites catarrhales, mais aussi dans les salpingites purulentes, et les salpingites kystiques.

4° Il est contre indiqué dans les salpingites tuberculeuses et syphilitiques ; et lorsque des lésions accentuées de l'ovaire accompagnent la salpingite.

5° Il est encore contre-indiqué dans les cas de salpingites très volumineuse ou très adhérentes ; lorsqu'il y a péril immédiat (fièvre, symptômes de péritonite ou poussées de péritonite antérieure).

Dans tous ces cas le traitement chirurgical s'impose.

Vu : Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu . Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Bibliographie

Auvard. — Traité de gynécologie 1884.

Backer (de). — Bulletin de la Soc. de Méd. pratique 1890.

Banell. — Die Krankheiten der Tuben. Deutsche Chirur. 1885.

Bazy. — Arch. gén. de Médecine, juillet 1891.

Becquerel. — Traité clinique des maladies de l'utérus 1859.

Tome II.

Betriv. — Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie, 1886.

Blanc. — Thèse de Lyon 1887.

Bogdan. — Thèse de Paris 1885.

Bonnaire. — Semaine médicale, août 1892.

Bonnet. — Gaz. des hôpitaux 1892.

Bonnet et Petit. — Traité pratique de gynécologie.

Bonnetblanc. — Thèse de Paris 1896.

Boucharcl. — Thèse de Paris 1897.

Boully. — Bulletin général de thérapeuthique, 1895.

— Manuel de pathologie ext., T. IV.

Boulenger. — Presse Médicale belge, avril 1892.

Bouteil. — Thèse de Paris 1892.

Broca. — Gazette hebdomadaire, juin 1898.

Budin. — Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie 1888.

Charpentier. — Nouv. archives d'obst. et de gynéc. 1886.

Chassaignac. — Traité pratique de la suppuration et du drainage, Paris 1859.

Chéron. — Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes 1886 et 1889.

— *Gaz. des hôpitaux* 1892.

Churchill et Leblond. — Traité pratique des maladies des femmes, 1874.

Connescasse. — Du choix de l'intervention dans les affections des annexes de l'utérus.

Courty. — Maladies de l'utérus.

Couturier. — Thèse de Paris 1890.

Crendiropoulos — Thèse de Montpellier 1887.

Cuellar. — Thèse de Paris 1891.

Delaunay. — Thèse de Paris 1892.

Delbet. — Des suppurations pelviennes chez la femme 1891.

Desprésaux. — Thèse Paris 1888.

Dolérès. — Société de Biologie, 21 décembre 1888.

— *Journal de Médecine de Paris* 1889, n^{os} 7 et 8.

— *Nouvelles archives d'obst. et de gyn.* 1887, août 1889-1890, juillet, août et décembre 1861.

Dolérès et Pichevin. — Introduction à la pratique gynécologique.

Duplay et Reclus. — Traité de Chirurgie, tome VIII.

Faster. — *New-York, Med. Journal.* Mars 1892.

Finkelstein. — Thèse, Paris, 1889.

Fristsch. — *Deutsche, chir.* 1885.

— Traité des maladies des femmes, trad. française 1898.

— Quatrième congrès de tocologie et de gynécologie allemande.

Galliard Thomas. — Traité des maladies des femmes.

- Gesua*. — Thèse. Paris, 1899.
- Gottschalk*. — Deutsche medical, zeit. 1889.
- Guernes*. — Thèse, Paris 1887.
- Halle*. — Gaz. des Hôpitaux, février 1888.
- Hegar et Kattenbach*. — Traité de gynécologie opératoire. Traduction Bar. 1885.
- Hofmeir*. — Manuel de gynécologie opératoire. Traduction de Louvers de Coutrai, 1889.
- Huguenin*. — Thèse, Paris, 1893.
- Jasinski*. — Thèse, Paris, 1889.
- Kattenbach*. — Arch. f. gyn. 1886.
- Kœnig*. — Centralblatt für gyn. 1882.
- Labadie-Lagrave*. — Revue générale de clinique et de thérapeutique 1892.
- Labadie-Lagrave et Leguen*. — Traité médico-chirurgical de gynécologie 1898.
- Landau*. — Diagnostic et traitement des collections tubaires. Congrès de gynéc. de Berlin 1892.
- Lanson Tail*. — Traité des maladies des femmes.
— The Lancet 1886.
— Brit. med. Soc. Décembre 1886.
- Le Blond*. — Traité élémentaire de chirurgie gynécologique, 1878, mars 1889.
- Le Dentu*. — Congrès de Chirurgie 1891.
— Gaz. des hôpitaux, 1892.
- Lefour*. — Société d'obst. et de gyn. 1891.
- Le Teinturier*. — Thèse, Paris 1872.
- Manfredi*. — Th. Paris, 1893.
- Mangin*. — Nouv. arch. d'obst. et de gyn. 1887-88.

Martin. — Traité clinique des maladies des femmes. Traduction Varnier. Paris 1887.

Montprofit. — Th. Paris, 1888.

Mordret. — Th. Paris, 1890.

More Madden. — The Dublin J. of medical sciences. Janvier 1892.

Ozenne. — Arch. génér. de médecine, mai et juin 1890.

Park. — Edimb. med. Journal, sept. 1887.

Péan. — Académie de médecine, juillet 1890.

Petzalis. — Th. Paris 1898.

Pichevin. — Soc. obst. et gyn. de Paris, 1889 mai 1895.

— Th. Paris, 1889.

Piqué. — Revue générale de clinique et de thérapeutique, 1890.

Pietrini. — Th. Montpellier, 1882.

Pæk. — Soc. de gyn. américaine, 1888.

Porak. — Nouv. arch. d'obst. et de gyn., juin, juillet, août, 1887.

Potherat. — Revue génér. de clinique et de thérapeutique, 1890.

Pouillet. — Lyon Médical, février et mars 1888.

Pozzi. — Traité de gynécologie.

Pryon. — New. York med. rec., septembre 1883.

Rasquino. — Th. Paris, 1892.

Raymond. — Th. Paris, 1895.

Reilhac. — Th. Paris, 1886.

Reynier. — Gaz. des Hôpitaux, 1890.

Richelot. — Ann. d'Obst. et de Gyn., 1889.

Riz Kallah. — Th. Paris, 1889.

Rolland. — Th. Lyon, 1888.

Routier. — Soc. de chirurgie, juillet et octobre 1887, novembre 1888, Revue de chirurgie, avril 1889.

Schauta. — Arch. f. gyn., 1888.

Schröder. — Maladies des organes génitaux. Trad. française, 1886.

Schultz. — Arch. f. Gyn., 1882.

Schwartz. — Centralblatt f. gyn. 1883.

Segond. — Traité de chirurgie. Tome VIII.

— Congrès de gynécologie de Bruxelles, 1892.

SinétY. — Traité pratique de gynécologie, 1884.

Tarnier et Tissier. — De l'aseptie et de l'antiseptie en obstétrique, 1894.

Terrillon. — Bulletin général de thérapeutique, 1889.

— Salpingites et ovarites, 1891.

Toussaint. — Th. Paris, 1887.

Trélat. — Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie. 26 déc. 1888. Mars 1890.

Veper. — Th. de Paris, 1887.

Verchère. — Congrès de Bruxelles, 1892.

Vidal de Cassis. — Essai sur un traitement méthodique de quelques maladies de matrice par les injections intra-vaginales et intra-utérines. Paris, 1840.

Vuillet. — Nouv. arch. d'obs. et de gyn. 1886.

— Journal de Médecine de Paris. Août 1887.

Walton. — Contribution à l'étude de la pelvi-péritonite ; son traitement par la dilatation forcée et le curettage de l'utérus. Mémoire présenté à l'Académie royale de Belgique, le 30 juillet 1887, et publié dans les mémoires couronnés. T. VIII. 1888.

— Du drainage de la cavité utérine en cas d'abcès pelvien. Bulletin de la Société de Médecine de Gand, 1888, page 102.

Willard. — Th. Paris, 1898.

Perrier

Table des Matières

	Pages
Introduction	5
Historique	9
Anatomie pathologique	21
Considérations au sujet du diagnostic des salpingites, des indications du traitement médical indirect	36
Pourquoi le curettage n'est pas indispensable	39
Du manuel opératoire et de son mode d'action	44
De la dilatation	47
Des irrigations intra-utérines	52
Du drainage	66
Résultats	72
Observations	74
Conclusions	83
Bibliographie	85

Table des Matières

1	Introduction
2	1. Le premier chapitre
3	2. Le deuxième chapitre
4	3. Le troisième chapitre
5	4. Le quatrième chapitre
6	5. Le cinquième chapitre
7	6. Le sixième chapitre
8	7. Le septième chapitre
9	8. Le huitième chapitre
10	9. Le neuvième chapitre
11	10. Le dixième chapitre
12	11. Le onzième chapitre
13	12. Le douzième chapitre
14	13. Le treizième chapitre
15	14. Le quatorzième chapitre
16	15. Le quinzième chapitre
17	16. Le seizième chapitre
18	17. Le dix-septième chapitre
19	18. Le dix-huitième chapitre
20	19. Le dix-neuvième chapitre
21	20. Le vingtième chapitre
22	21. Le vingt-et-unième chapitre
23	22. Le vingt-deuxième chapitre
24	23. Le vingt-troisième chapitre
25	24. Le vingt-quatrième chapitre
26	25. Le vingt-cinquième chapitre
27	26. Le vingt-sixième chapitre
28	27. Le vingt-septième chapitre
29	28. Le vingt-huitième chapitre
30	29. Le vingt-neuvième chapitre
31	30. Le trentième chapitre
32	31. Le trente-et-unième chapitre
33	32. Le trente-deuxième chapitre
34	33. Le trente-troisième chapitre
35	34. Le trente-quatrième chapitre
36	35. Le trente-cinquième chapitre
37	36. Le trente-sixième chapitre
38	37. Le trente-septième chapitre
39	38. Le trente-huitième chapitre
40	39. Le trente-neuvième chapitre
41	40. Le quarantième chapitre
42	41. Le quarante-et-unième chapitre
43	42. Le quarante-deuxième chapitre
44	43. Le quarante-troisième chapitre
45	44. Le quarante-quatrième chapitre
46	45. Le quarante-cinquième chapitre
47	46. Le quarante-sixième chapitre
48	47. Le quarante-septième chapitre
49	48. Le quarante-huitième chapitre
50	49. Le quarante-neuvième chapitre
51	50. Le cinquantième chapitre
52	51. Le cinquante-et-unième chapitre
53	52. Le cinquante-deuxième chapitre
54	53. Le cinquante-troisième chapitre
55	54. Le cinquante-quatrième chapitre
56	55. Le cinquante-cinquième chapitre
57	56. Le cinquante-sixième chapitre
58	57. Le cinquante-septième chapitre
59	58. Le cinquante-huitième chapitre
60	59. Le cinquante-neuvième chapitre
61	60. Le soixantième chapitre
62	61. Le soixante-et-unième chapitre
63	62. Le soixante-deuxième chapitre
64	63. Le soixante-troisième chapitre
65	64. Le soixante-quatrième chapitre
66	65. Le soixante-cinquième chapitre
67	66. Le soixante-sixième chapitre
68	67. Le soixante-septième chapitre
69	68. Le soixante-huitième chapitre
70	69. Le soixante-neuvième chapitre
71	70. Le septantième chapitre
72	71. Le septante-et-unième chapitre
73	72. Le septante-deuxième chapitre
74	73. Le septante-troisième chapitre
75	74. Le septante-quatrième chapitre
76	75. Le septante-cinquième chapitre
77	76. Le septante-sixième chapitre
78	77. Le septante-septième chapitre
79	78. Le septante-huitième chapitre
80	79. Le septante-neuvième chapitre
81	80. Le quatre-vingtième chapitre
82	81. Le quatre-vingt-et-unième chapitre
83	82. Le quatre-vingt-deuxième chapitre
84	83. Le quatre-vingt-troisième chapitre
85	84. Le quatre-vingt-quatrième chapitre
86	85. Le quatre-vingt-cinquième chapitre
87	86. Le quatre-vingt-sixième chapitre
88	87. Le quatre-vingt-septième chapitre
89	88. Le quatre-vingt-huitième chapitre
90	89. Le quatre-vingt-neuvième chapitre
91	90. Le quatre-vingt-dixième chapitre
92	91. Le quatre-vingt-onzième chapitre
93	92. Le quatre-vingt-douze chapitre
94	93. Le quatre-vingt-treize chapitre
95	94. Le quatre-vingt-quatre chapitre
96	95. Le quatre-vingt-cinq chapitre
97	96. Le quatre-vingt-six chapitre
98	97. Le quatre-vingt-sept chapitre
99	98. Le quatre-vingt-huit chapitre
100	99. Le quatre-vingt-neuf chapitre
101	100. Le centième chapitre

